

Les accès délirants chez les alcooliques de la seconde génération

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 MARS 1939

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

PIERRE TOURRIER

né le 18 mars 1911

A SAINT-JULIEN (Aube)



PAQUET Imprimeur
10, RUE JARENTE - LYON
1939

LES ACCES DELIRANTS
CHEZ LES ALCOOLIQUES
DE LA SECONDE GENERATION



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Les accès délirants chez les alcooliques de la seconde génération

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 MARS 1939

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

PIERRE TOURRIER

né le 18 mars 1911

A SAINT-JULIEN (Aube)



PAQUET Imprimeur
10, RUE JARENTE - LYON

1 9 3 9

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales	SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	PATEL.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique.....	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	BONNET.
Clinique médicale infantile.....	FAVRE.
Clinique gynécologique	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique urologique	COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses.....	TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	COURMONT.
Chimie biologique et médicale.....	J. CHALIER.
Chimie organique et Toxicologie.....	PONTHUS.
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique.....	HERMANN.
Anatomie pathologique	CORDIER.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.....	J. F. MARTIN.
Médecine légale	SANTY.
Hygiène	ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie.....	Etienne MARTIN.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	ROCHAIX.
	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINE	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAU	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRA
CHAMBEON	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSSEL	JOSSERAND	



EXAMINATEURS DE LA THESE

M. J. LEPINE, *Président*,
MM. DECHAUME, SEDALLIAN, DELORE.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MES SOEURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur JEAN LEPINE

Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon
Professeur de Clinique Neurologique et Psychiatrique
Membre de l'Institut

Nous lui devons beaucoup. Nous avons eu l'honneur et le plaisir d'être son interne à la clinique psychiatrique du Vinatier. Pour tout l'intérêt qu'il nous porte et dont il nous donne une nouvelle preuve en présidant notre Jury, nous tenons à l'assurer ici, publiquement, de notre profonde gratitude et de notre respectueux attachement.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A Monsieur le Professeur Agrégé DECHAUME
Médecin des Hôpitaux

A Monsieur le Professeur Agrégé SEDALLIAN
Médecin des Hôpitaux

Nous gardons un excellent souvenir de son enseignement clair et attachant et nous sommes heureux de le compter dans notre Jury. Qu'il soit assuré de nos sentiments respectueux et dévoués.

A Monsieur le Professeur Agrégé DELORE
Médecin des Hôpitaux

A Monsieur le Professeur Agrégé REVOL

A Monsieur le Docteur P. ROCHAIX

Dont la bienveillance à notre égard ne s'est jamais démentie et qui nous a aidé si souvent de son expérience.

En hommage de respectueux dévouement.

A Monsieur le Docteur BRUNERIE

Pour l'accueil charmant et cordial qu'il a bien voulu nous réserver pendant une année. Nous le remercions ici de ses conseils bienveillants et amicaux.

A Monsieur le Docteur BOURRAT

C'est à lui que nous devons le sujet de ce travail. Il nous a guidé et n'a épargné ni son temps ni ses conseils. Qu'il veuille bien agréer nos remerciements ainsi que notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur REQUET

Les Accès délirants chez les alcooliques de la seconde génération

Introduction

Il ne s'agit pas ici de rouvrir le débat sur la nocivité de l'alcool, la sentence a été prononcée avec trop d'éclat et trop connue. L'alcool, à la dose où un trop grand nombre de nos contemporains ont pris l'habitude de l'ingérer est un poison, c'est définitivement admis.

Si le mot « alcoolisme » date de MAGNUS HÜSS (1852), un médecin suédois qui fut un des premiers à dénoncer les ravages de l'alcool dans son pays, la chose date de bien plus loin. C'est que de tous temps les peuples ont recherché la drogue susceptible de provoquer avec l'engourdissement de la sensibilité, une excitation cérébrale substituant des visions de rêve aux réalités de la vie. L'Ethylisme est, de toutes les intoxications volontaires, de beaucoup la plus répandue dans le monde parce que la plus accessible à tous les échelons de la société : il est à la portée du peuple pour des raisons de commodité et d'économie relatives, tandis que l'opiomane par exemple reste

une toxicomanie de luxe.

Les conséquences héréditaires de l'alcoolisme n'étaient pas un mystère pour les anciens ; la mythologie nous montre Jupiter ivre caressant son épouse Junon qui peu après, enfante un monstre. A Sparte Lycurgue avait interdit par une loi sévère l'usage du vin aux jeunes époux, sous le prétexte, nous rapporte Plutarque, que « ebrii gignunt ebrios ». Plutarque relate encore ce mot de Diogène à un jeune homme dont l'inconduite était un scandale : « Jeune fils, mon ami, ton père t'a engendré étant ivre ».

Les premiers travaux scientifiques sur le rôle de l'alcoolisme en pathologie mentale datent du remarquable ouvrage de MAGNAN en 1874. LASÈGUE a étudié le délire alcoolique subaigu, et KORSAKOFF a laissé son nom à la psychose polynévritique. Puis LEGRAIN, quelques années plus tard a étudié l'alcoolisme et l'hérédité. Il faut encore citer MONIN, et TRIBOULET qui fit paraître son « Traité de l'Alcoolisme » en 1905. Citons RÉGIS et sa communication sur l'onirisme hallucinatoire ; MAYET (Lyon, 1902) et DURRÉ et R. CHARPENTIER ont passé en revue dans des articles excellents, les différents types cliniques de l'ivresse délirante.

L'hérédité alcoolique est incriminée chez un certain nombre d'épileptiques, de pervers, d'idiots, d'inadaptés sociaux.

Mais nous savons aussi que des alcooliques ont des enfants tout à fait sains ; il n'y a donc pas forcément que des tarés dans les familles, loin de là. Mais ces enfants sont-ils vraiment sains ou bien n'est-ce qu'une apparen-

ce ? On a pu dire que l'alcool était « la pierre de touche » en pathologie mentale. Quelles seront les réactions d'un fils d'alcoolique vis-à-vis du toxique. Est-il indemne, est-il sensibilisé ? Autrement dit a-t-il hérité d'une fragilité mentale particulière le mettant en état de moindre résistance vis-à-vis de l'alcool ?

Or nous avons été frappé du fait que certains individus sont très sensibles à la moindre quantité de vin ou d'alcool alors que d'autres ne montrent qu'une légère excitation de l'imagination, de l'euphorie et de la gaité, que d'autres enfin n'éprouvent qu'un penchant au sommeil. Il y a donc une résistance individuelle et c'est cette résistance qui explique certains accidents d'intoxication mieux que la quantité de poison absorbée, son degré de concentration ou sa qualité, aussi est-ce elle qui fait comprendre pourquoi des quantités souvent minimes de boissons alcooliques faibles et de bonne qualité produisent des accidents souvent graves chez certains sujets. Cela nous a donné l'idée de rechercher systématiquement l'ascendance des alcooliques délirants qui depuis le début de l'année 1936 ont été hospitalisés dans le service de M. le professeur LÉPINE à l'hôpital Edouard-Herriot.

Nous nous proposons d'étudier dans ce travail l'importance du legs héréditaire dû à l'alcoolisme, la gravité et la fréquence des accidents délirants chez les hérédo-alcooliques, signe de leur particulière fragilité mentale.

Notre travail comprendra quatre chapitres :

Dans le premier nous étudierons l'action de l'alcool sur le système nerveux.

Dans le second nous présenterons une cinquantaine d'observations d'hérédos-alcooliques, et nous verrons leur manière de réagir vis-à-vis de l'alcool.

Le troisième chapitre sera consacré aux constatations tirées de l'étude des observations. En particulier, nous étudierons la nocivité du vin ; le rôle primordial que joue l'alcoolisation du père dans l'hérédité ; la sensibilisation du système nerveux, et la facilité qu'ont les hérédos-alcooliques à tomber pour des causes provocatrices parfois minimes.

CHAPITRE PREMIER

L'action de l'alcool sur le système nerveux

1. DEVENIR DE L'ALCOOL DANS L'ORGANISME

A la suite de plusieurs travaux (1936 et 1937) E. LE BRETON a montré que *l'alcool n'est pas utilisé dans le travail musculaire*. La transformation de l'énergie potentielle des glucides en énergie cinétique exige une libération rapide de l'énergie chimique passant par les réactions suivantes, phosphorylations, oxydoréductions, se faisant dans le premier stade de la glycogénolyse et sans intervention de l'oxygène moléculaire ce qu'il est difficile de concevoir à partir d'un substrat aussi simple que l'alcool.

Les expériences ont porté sur deux lots d'animaux semblables, tantôt au repos, tantôt au travail. Les résultats sont formels : même lorsque le travail fait doubler la consommation d'énergie par rapport au repos, l'alcool est toujours brûlé en même quantité, avec la même vitesse ; le coefficient d'éthyloxydation ne varie pas (LE BRETON).

L'alcool n'est pas capable non plus d'assurer la thermogénèse. Chez un rat, si la production thermique augmente de 100 % lorsqu'il passe de 26° à 6°, la combustion d'éthanol par kilogramme-heure reste invariable. La sensation de chaleur ressentie par le buveur est illusoire et due à la vaso-dilatation périphérique cutanée.

En conclusion, l'alcool ne peut être utilisé qu'en vue de la respiration élémentaire des cellules.

2. REPARTITION DE L'ALCOOL DANS L'ORGANISME

Le degré d'intoxication est déterminé par les concentrations réalisées au niveau des tissus et non par la dose ingérée.

Cette concentration n'est pas la même dans tout l'organisme comme le croyait GRÉHANT.

L'eau joue un rôle primordial dans la répartition de l'éthanol dans les tissus. Mais ce corps s'oxyde sans cesse.

Tant que la concentration dans le sang est suffisante, la diffusion peut masquer cette oxydation en la compensant, mais si elle diminue, la teneur des différents organes en alcool dépend non seulement de leur teneur en eau, mais encore des vitesses d'oxydation.

Voici la teneur en alcool des différents organes d'après les recherches de NICLOUX, LE BRETON et DONTCHEFF. Le classement est le même pour tous les expérimentateurs. On obtient par ordre décroissant : sang, cerveau et rein ; — poumon, cœur, paroi duodénale ; — muscle strié ; — foie. Si le foie contient moins d'alcool ce n'est pas parce qu'il

est moins riche en eau, mais parce qu'il contient plus d'alcool-déshydrase et par suite que la vitesse d'oxydation est accrue.

Il est donc bien certain que l'alcool imprègne l'organisme tout entier. Malheureusement jusqu'à présent on n'a pas fait son dosage dans le testicule ou l'ovaire ; il eut été intéressant de connaître les résultats.

3. ALCOOL ET SYSTEME NERVEUX

Lorsqu'on aborde l'étude des psychoses alcooliques, on constate que l'étude histologique et physiologique des effets de l'alcool sur le cerveau n'est ni sûre ni précise. Ce fut une idée chère à KRAVETZ, à NISSL et à ALZHEIMER que la psychiatrie devait s'appuyer sur des modifications cellulaires du cerveau en rapport avec les signes psychiques présentés par le malade ; or malgré ses patientes recherches, Nissl a dû renoncer à cette hypothèse. Tout ce que nous connaissons du cerveau est purement matériel et physiologique, car on ne trouve jamais de réalité pouvant être interprétée directement au point de vue psychologique. Ainsi souvent un cerveau intact correspond à d'apparentes altérations mentales, tandis que, plus rarement il est vrai, on voit des lésions de l'écorce chez des individus qui s'écartent à peine de la normale. Tout ce que l'on a découvert au sujet du cerveau ne peut servir à caractériser un phénomène déterminé.

Pourtant dans l'intoxication éthylique, qui est bien différente des psychoses, il semblait qu'on arriverait à un résultat. La confusion mentale devait bien avoir une base

morphologique, aussi plusieurs auteurs ont effectué des travaux pour essayer de le démontrer (MARINESCO, NISSE).

La première lésion produite est la *chromatolyse* ; la substance chromatique qui se trouve dans un équilibre chimique peu stable peut former avec la molécule toxique une nouvelle combinaison chimique susceptible d'entraîner la désorganisation de l'architecture morphologique des éléments chromatophiles ; ceux-ci se résolvent en granulations de plus en plus ténues.

Cette chromatolyse peut durer quelques jours ou quelques semaines puis se réparer lorsque la cause n'a pas déterminé de troubles nutritifs profonds ; sinon la lésion est irréductible (achromatose).

Mais pratiquement ces lésions ne sont observées que dans l'intoxication expérimentale chez l'animal. Chez l'homme l'action de l'alcool sur le tissu nerveux n'est pas encore bien élucidée.

En effet, il ne faut pas perdre de vue que la substance toxique peut être d'abord fixée par d'autres tissus, et que le système nerveux peut n'être altéré que secondairement après les organes éliminateurs, foie et rein.

D'autre part, comme MARINESCO l'a fait remarquer, la réaction de la cellule nerveuse à l'intoxication n'est pas toujours immédiate. Il n'y a pas nécessairement lésion histologique lorsque des troubles fonctionnels sont constatés.

RÔLE DU FOIE. — La susceptibilité du système nerveux à l'alcool est naturellement en rapport avec l'activité et l'état fonctionnel des organes chargés de protéger l'organisme contre les intoxications. Les uns comme les reins

rejettent les produits toxiques ; d'autres comme le foie arrêtent, transforment ou neutralisent les poisons. C'est ainsi qu'on a été conduit à faire jouer un rôle très important aux troubles hépatiques dans la genèse des psychoses d'intoxication.

KLIPPEL, le premier, avait attiré l'attention sur ce rôle ; le délire dans ces cas ne serait pas dû à l'alcool mais à l'auto-intoxication secondaire à l'insuffisance hépatique. Il est permis aussi de penser que l'abus de l'alcool amène une déficience fonctionnelle du foie qui perd une partie de son activité antitoxique ; on expliquerait ainsi le fait que des doses d'alcool non nuisibles pour le cerveau avant les troupes hépatiques, le deviennent au bout de quelques années.

Cependant, on voit des délires alcooliques apparaître chez des sujets jeunes, ne faisant pas d'excès d'alcool suffisants pour provoquer une altération rapide de la cellule hépatique. D'autre part, le fait comme nous allons le voir que les hérédo-alcooliques font des accidents délirants souvent graves, permet d'incriminer beaucoup plus un état particulier héréditaire de la cellule nerveuse.

4. LA REACTION PSYCHIQUE

La prédilection de l'alcool pour le système nerveux est bien établie. Il était intéressant de connaître les lésions histologiques avant d'aborder les manifestations psychiques.

Le cerveau réagit toujours de la même façon en face des différents toxiques. Si l'action n'a pas été trop énergique,

et si elle n'a pas duré assez longtemps pour altérer gravement les éléments cellulaires, le cerveau redevient normal. La prédisposition du terrain joue un rôle favorable et peut donner un cachet personnel aux manifestations

Mais les symptômes observés forment un ensemble bien particulier dont la confusion mentale est la base. Nous nous étendrons un peu sur ce syndrome parce qu'il forme le fond de toutes les psychoses alcooliques, comme de toutes les intoxications du reste.

La confusion mentale

Elle est constituée par des troubles intellectuels et des troubles de l'activité.

Les premiers portent sur les perceptions : le monde extérieur n'est plus perçu que de façon vague et obscure, comme à travers un nuage. L'identification, si elle s'effectue, est ralentie ou inexacte : l'entourage, les objets familiers ne sont pas reconnus (obnubilation) ou bien pris pour d'autres objets et personnes (fausses reconnaissan-

La mémoire se trouve incapable de fixer des perceptions déjà floues et obscures. L'attention est émoussée. L'association des idées devient pauvre et l'idée qui occupe un moment la conscience est incapable de déclencher une

L'activité intellectuelle très diminuée amène une fatigue rapide qui arrête les efforts, ébauche les réponses. Enfin le confus est désorienté dans le temps et l'espace. Il

y a donc un véritable assoupissement, un engourdissement des fonctions psychiques supérieures.

LES TROUBLES AFFECTIFS. — Le confus a conscience de son état morbide ; il se rend compte de la lenteur et de la difficulté de son idéation. On le voit faire effort pour diriger son attention et répondre aux questions. Il essaie de s'adapter au monde extérieur et de solliciter sa mémoire.

Malgré ses yeux ouverts, son apparence d'homme éveillé, il ressemble au dormeur, qui a perdu le contact essentiel avec le monde extérieur.

L'onirisme

C'est l'état de rêve développé avec assez de force pour remplacer le monde réel. Ce n'est que l'excitation d'une activité psychique inférieure, peu intellectualisée et qui se produit couramment pendant le sommeil de l'homme normal. La personnalité est submergée mais non dissociée. Le malade vit son rêve et se comporte en rapport avec les éléments de ce rêve. Tout se passe comme s'il se trouvait plongé dans un autre milieu, mais il ne s'y trouve pas désorienté, sa personnalité reste accordée à ce rêve.

BARUK l'a comparé à une vague recouvrant momentanément le psychisme sans l'altérer et laissant reparaître une personnalité intacte quand elle se retire.

Mais si le rêve est pauvre en manifestations motrices par contre dans l'onirisme, on assiste à une intervention de l'activité motrice. Le malade raconte et joue son rêve : « il rêve éveillé ». Il assiste à une suite de représentations

qui se déroulent automatiquement dans un monde fictif et où prédominent les illusions et les hallucinations visuelles.

Les illusions et hallucinations sont nocturnes tout au moins au début. Elles sont essentiellement mobiles ; le malade assiste à un déroulement de tableaux mouvants.

Elles peuvent fusionner entre elles et se succéder d'une façon incohérente dans le temps et l'espace.

Enfin les courants affectifs sont plus continus et plus puissants que dans le rêve.

L'onirisme peut devenir *délire hallucinatoire*, si les hallucinations se groupent suivant un thème donné, par exemple délire alcoolique de persécution.

Avant de présenter les observations que nous avons recueillies, il nous paraît utile de faire un court résumé des psychoses alcooliques, ce qui nous aidera au classement et en même temps nous donnera les proportions observées dans chaque cas.

L'IVRESSE

L'ivresse est souvent indépendante de tout alcoolisme chronique. C'est une intoxication due à une ingestion massive et récente. Elle apparaît sans prodromes et ne dure que quelques heures. Généralement, elle se termine par un sommeil lourd et prolongé.

C'est un mélange de confusion assez légère et d'excitation psychomotrice souvent euphorique. Les caractères en sont bien connus : la démarche ébrieuse et les vertiges qui

indiquent la prédominance de l'action toxique sur le cer-
velet ou le labyrinthe, des nausées et les vomissements
d'origine bulbaire et pneumogastrique ; la dysarthrie
bien spéciale : langue épaisse et parole embarrassée.

Les formes anormales sont plus intéressantes :

1. — LA FORME SENSORIELLE comprenant les trois types
suivants rarement bien distincts, presque toujours intri-
qués.

L'ivresse confusionnelle la plus connue, avec ses trou-
bles de la perception et de la reconnaissance.

L'ivresse délirante dans laquelle on voit apparaître une
ébauche de thème de persécution, de jalousie ou d'auto-
accusation. Les réactions peuvent être de caractère impul-
sif et dangereux : suicide par raptus ; réactions choléri-
ques, fuite éperdue.

L'ivresse onirique sans thème délirant mais basée sur
le développement d'illusions et d'hallucinations.

Parfois il y a onirisme pur sans réactions motrices ; le
rêve peut être agréable ou pénible, amusant ou terrifiant.

2. — LA FORME AFFECTIVE comprenant l'ivresse à forme
d'excitation ou à forme de dépression.

Dans le premier cas, on a le tableau de la manie avec
accès de colère, impulsions violentes, injures. Dans
l'ivresse dépressive, on a l'inertie physique et psychique.

LE DELIRE ALCOOLIQUE AIGU OU SUBAIGU

Au contraire, de l'ivresse, il est une complication acci-
dentelle de l'alcoolisme chronique ; il résulte d'une impré-
gnation prolongée du système nerveux par des doses quo-

tidiennes d'alcool qui peuvent fort bien n'avoir jamais abouti à l'ivresse proprement dite. C'est un accident qui vient se surajouter à un état mental de base se développant peu à peu.

ETAT MENTAL DE L'ALCOOLIQUE CHRONIQUE

Caractérisé surtout par des altérations des facultés intellectuelles. L'effort intellectuel devient lent car le sujet fixe mal les perceptions, et les enregistre à peine. Cette aprosexie, est à l'origine des troubles de la mémoire particuliers de l'éthylisme chronique. Seuls parmi les souvenirs, les faits récents sont atteints tandis que les faits anciens sont mieux conservés, il en résulte la fabulation, suppléance d'une mémoire défaillante. Ce ralentissement de l'effort cérébral ne tarde pas à amener une véritable paresse morbide que ne peut surmonter une volonté devenue défaillante.

Les troubles de l'humeur et du caractère sont perçus les premiers par l'entourage. Devenu irritable, il est sujet à des réactions subites et impulsives : coups, violences envers l'entourage pour des motifs futiles, bris d'objets. Ou bien il réagit par la dépression ; sombre, taciturne, il manifeste des idées de suicide.

LES ACCES DELIRANTS

Ils vont éclore sur la base de cet état mental à la suite des surcharges toxiques. On a essayé de ranger ces accès délirants dans des types cliniques autonomes, mais il n'y a pas de cloisons étanches : délires subaigu, aigu et déli-

rium tremens ne sont que les mêmes manifestations à des degrés divers. Une place particulière est à faire au délirium tremens ; il ne s'observe guère chez les hérédoolcooliques qui font plutôt des délires aigus ou subaigus.

On sait aussi qu'il apparaît pour d'autres raisons qu'un excès massif de boissons par exemple : à l'occasion d'un traumatisme, d'une infection médicale ou chirurgicale (pneumonie, phlegmon). Il serait alors le résultat d'un déséquilibre neuro-végétatif (SANTENOISE et VIDACOVITCH).

CHAPITRE II

Exposé des observations

Les observations que nous publions sont toutes inédites ; elles ont été empruntées à la clinique de M. de professeur LÉPINE, à l'hôpital Ed.-Herriot. Le docteur BOURRAT, attaché au service depuis des années, qui nous a inspiré ce travail et nous a aidé dans nos recherches, a bien voulu mettre ces documents à notre disposition.

Pour ne pas donner trop de longueur à ce travail, ces observations seront toutes résumées, dans la mesure où cela pourra ne pas nuire à leur intérêt clinique.

Nous tenons à préciser quelques points particuliers : nous avons limité nos recherches aux observations du service des hommes.

L'éthylisme du père est absolument certain et antérieur à la conception des enfants. Nous avons écarté les cas douteux où les déclarations des familles sont imprécises.

C'est sans doute pour cette raison que nous n'avons rencontré que 51 hérédo-alcooliques, alors que dans le

même laps de temps (années 1936, 1937 et 1938), 342 malades ont été hospitalisés dans le service pour troubles mentaux d'origine alcoolique. La proportion est inférieure à 7 p. cent.

A part deux observations où l'on note aussi une psychopathie dans les antécédents, on ne relève que l'hérédité alcoolique.

L'IVRESSE DES HEREDO-ALCOOLIKES

Voici tout d'abord trois observations d'ivresse ; ce sont les seules que nous avons pu recueillir.

Il s'agit d'un épisode surtout confusionnel qui n'a pas duré.

OBSERVATION I

D. Charles, 35 ans. Entré le 8 juin 1938.

DIAGNOSTIC : *Crise d'ivresse délirante à 35 ans chez un hérédo-alcoolique.*

Le malade est amené par un de ses amis à la suite d'un épisode d'éthylisme aigu.

Antécédents : père grand alcoolique décédé ; 4 frères dont un alcoolique ; marié, 2 enfants bien portants.

Il déclare boire au moins trois litres de vin par jour ; il n'a jamais été ivre. Avant-hier, il a bu plus que de coutume et a volé dans un état d'ivresse prononcée, de l'essence à la compagnie du gaz où il travaille.

Revient très vite à son état normal.

OBSERVATION II

R... Jean, 17 ans ; cultivateur.

Le 26 juin 1938, ce malade a été amené à l'hôpital dans un état d'ivresse marquée ; il s'endort immédiatement. Revenu à lui, il raconte qu'il est venu le matin d'un village des envi-

rons et après avoir pris du vin blanc. A Lyon, il a encore bu deux canettes de bière, et peu après, il a été pris d'une sensation de striction laryngée qui l'a fait hurler dans la rue.

L'hérédité paternelle alcoolique est très marquée.

On porte le diagnostic *d'ivresse confusionnelle chez un hérédo-alcoolique*.

OBSERVATION III

R... Jules, raccommodeur, 49 ans. Entré le 20 octobre 1938.

DIAGNOSTIC : *héredo-alcoolisme. Confusion et agitation nocturne.*

Antécédents : père mort à 60 ans, alcoolique ; mère morte à 62 ans, également alcoolique ; marié ; 3 enfants en bonne santé.

Il reconnaît boire environ 4 litres de vin par jour.

Le jour de son entrée, a bu plus que de coutume. Il ne se rappelle du reste plus des circonstances qui ont motivé son hospitalisation. Il croit qu'il a perdu connaissance et qu'il est tombé ; en effet il a été recueilli par la police en complet état d'ivresse.

Dans le service, s'est calmé ; la journée, est très présent, mais s'agite la nuit, et présente des troubles du comportement.

La première observation soulève un cas de médecine légale. En principe, l'ivresse ne diminue pas la responsabilité du sujet. Mais dans ce cas (premier délit, hérédité), on pourrait l'atténuer ; mais l'emprisonnement qui s'impose cependant ne servira pas de leçon.

LES ACCES DELIRANTS DES HEREDO-ALCOOLIKES

Les accès délirants forment un ensemble particulier de signes physiques et psychiques.

Physiques : tremblement, agitation, sueurs profuses, fièvre et insomnie existant à des degrés divers. A noter que l'agitation est due soit à la confusion par troubles de la perception et de la reconnaissance, soit à l'anxiété qui se produit sous l'influence des hallucinations.

Psychiques : confusion mentale avec délire onirique. Lorsque les illusions et hallucinations du délire onirique se groupent en un thème suffisamment précis, on a le délire alcoolique.

On peut observer un syndrome où ces trois éléments (confusion, onirisme, délire alcoolique) sont intriqués, le sujet passant de la confusion à l'onirisme ou au délire alcoolique, ou les présentant ensemble à des degrés divers.

Mais si nous avons insisté sur la distinction, c'est parce que nous avons remarqué que chez les hérédéo-alcooliques, chaque variété peut se rencontrer à l'état pur, et nous verrons qu'il y a quelques cas typiques.

I. La confusion mentale

C'est la confusion mentale qui se rencontre le plus souvent : elle existe soit à l'état pur, soit associée à l'onirisme ou au délire alcoolique. Les signes physiques y sont plus développés que dans les deux autres syndromes psychopathiques. Les troubles de la perception et de la recon-

naissance sont graves. Le malade n'est pas conscient ; il est complètement incohérent.

La confusion mentale peut être subaiguë, aiguë ou suraiguë (*delirium tremens*). Dans ce dernier cas, les signes physiques sont au maximum et l'agitation est intense. Très rarement on assiste à un syndrome confusionnel pur ; les illusions et hallucinations venant presque toujours se surajouter.

A. CONFUSION MENTALE PURE.

Voici trois observations de confusion mentale pure ; les troubles des perceptions y sont au maximum.

OBSERVATION IV

F... Pierre, 30 ans, cultivateur.

Entré le 1^{er} avril 1936.

DIAGNOSTIC : *Excitation psychomotrice chez un alcoolique.*

Son père est décédé, gros alcoolique ;

Lui-même boit en moyenne 3 à 4 litres de vin et plusieurs apéritifs par jour.

L'affection actuelle a débuté brusquement par un accès aigu mais déjà antérieurement il a présenté des accès semblables qui se sont rapidement calmés (une nuit au poste de police suffit en général).

Il est en pleine confusion. *Décision d'internement.*

OBSERVATION V

B... Joseph ; 32 ans.

Entré le 20 janvier 1937.

Malade qui vient à la suite d'une crise d'allure comitale ; très agité. Confus.

Père décédé ; alcoolique. Lui-même depuis 10 ans, boit 4 litres et plus par jour. A présenté des zoopsies ; son caractère est violent.

OBSERVATION VI

D..., 37 ans, cantonnier.

Entré le 27 janvier 1937.

DIAGNOSTIC : *Crises d'excitation chez un alcoolique.*

Dans ses antécédents : père alcoolique.

Lui-même, alcoolique ; il est marié, a 6 enfants bien portants.

Il nous raconte qu'après son service militaire, il prend des crises de tremblement, il tombe mais, ne perd pas connaissance.

En 1924, souffrant du foie, on lui prescrit un régime très strict, et on lui interdit tout alcool ; il ne tarde pas à boire de nouveau. Il a présenté hier une crise particulièrement violente dont il ne se souvient pas du tout, et qui le conduit ici.

En général la confusion mentale se complique d'illusions et d'hallucinations.

C'est ainsi qu'on décrit :

B. LA CONFUSION MENTALE ONIRIQUE.

Sur un fond de confusion mentale, moins prononcée que dans la confusion mentale pure, se greffent des hallucinations. Parfois celles-ci revêtent le type professionnel ; le sujet se croit à son travail et agit en conséquence.

OBSERVATION VII

P... Charles, 35 ans, employé S. N. C. F.

Entré le 2 août 1938

DIAGNOSTIC : *Hérédité alcoolique ; confusion ; incohérence du comportement et agitation nocturne.*

Dans ses antécédents : père mort à 45 ans, alcoolique ; trois frères et trois sœurs en bonne santé. Marié : une fille de 11 ans en bonne santé. Personnellement, n'a jamais été malade. Il avoue un éthylisme de trois à quatre litres de vin par jour. Depuis une huitaine de jours, il a été obligé d'arrêter son tra-

vail, en raison de troubles gastriques et hépatiques ; il s'est mis à faire des crises d'agitation ; étant un peu confus il ne peut spécifier.

Signes d'imprégnation éthylique.

Le 8 août : depuis plusieurs jours le malade a un comportement incohérent ; il se lève sans cesse, demandant à travailler sur la voie ferrée, il essaie aussi de se sauver. Amnésie des faits récents, anxiété.

Le 12 août : a été mis en salle commune pour étudier son comportement ; la nuit il se réveille, s'étonne de voir des lumières, s'inquiète, demande au veilleur où il est.

A besoin d'être rassuré. Le matin il retourne dans son ancienne chambre, et tout surpris de la voir occupée, il se demande où il est. Tout l'étonne, il se trouve tout à fait étranger dans un milieu où il vit depuis dix jours.

Puérilisme déconcertant.

Le 13 août : se promène nu et ne peut en donner la raison, très agité, on a dû le maintenir.

Décision d'internement.

OBSERVATION VIII

M..., 34 ans, mécanicien ; entré le 1^{er} août 1936.

DIAGNOSTIC : *confusion et délire onirique chez un alcoolique prédisposé*. Il s'agit d'un malade envoyé dans le service par la compagnie P. L. M. parce que voyageant dans un train, il présentait un comportement anormal.

Il y un mois environ, il a été renvoyé des usines Berliet où il travaillait, parce qu'il se trouvait en état d'ivresse. Mais il dit ne pas boire habituellement plus d'un litre et demi par jour. Depuis cette époque il a cherché en vain du travail, se disputant avec sa femme qui lui faisait des reproches. A la suite d'une querelle, il est allé chercher du travail dans l'Ardèche, puis dans le Midi. A partir de ce moment le récit du malade devient très confus, il ne sait plus où il a été. En souriant il explique que sa femme a été saignée comme un lapin et qu'il veut faire mettre les scellés chez lui car il a peur qu'on le vole.

Le jour de son entrée dans le service, était en pleine confusion mentale, agité, ne répondant pas aux questions.

Cauchemars, zoopsies. Il s'imagine aussi fréquemment que des maisons s'écroulent sur lui, ou bien qu'il traverse un grand gouffre sur une passerelle et que celle-ci s'effondre sur son passage.

Le 11 août : le malade nous dit : on me fit descendre de la Micheline venant de Grenoble parce que je sentais mauvais et que j'incommodais les voyageurs.

Le 13 août : (Dr Bourrat) : paraît revenu à son état normal ; assez euphorique, bien orienté dans le temps et l'espace.

Le 17 août : il quitte le service emmené par sa femme.

OBSERVATION IX

M..., 33 ans, cultivateur ; entré le 8 février 1937.

DIAGNOSTIC : *confusion et onirisme chez un hérédo alcoolique.*

Père alcoolique.

Prétend qu'il prend souvent des crises cardiaques lorsqu'il boit. Depuis 1929 , est obligé de cesser de travailler lorsqu'il boit. Ne sait plus ce qu'il fait. Zoopsies.

OBSERVATION X

D... Antonin, marinier, 25 ans. Entré le 3 octobre 1938.

DIAGNOSTIC : *délirium tremens chez un jeune homme pré-disposé.*

Dans ses antécédents : père alcoolique ; mère suicidée après la mort d'un fils tué dans une rixe.

S'est engagé dans la marine à 18 ans et a passé 4 ans aux colonies. Bien portant, n'a pas fait un jour d'infirmerie. Depuis sa libération du service militaire, travaille sur les péniches.

Depuis quelques temps, se plaint d'insomnies. Il se lève la nuit et déambule longuement.

Quelques troubles du comportement : ainsi ce matin, il était appuyé sur une console et téléphonait.

Anxiété. A peur de partir faire la guerre.

Le 4 octobre 1938 : décès au cours de la nuit. Agité le soir, mais agitation modérée. Il était confus, riait.

La température du soir était de 37,5.

OBSERVATION XI

J..., 40 ans, blanchisseur ; entré le 11 mai 1938.

DIAGNOSTIC : *hérédo-alcoolisme ; gros accès d'excitation cérébrale ; rires et larmes.*

Dans ses antécédents : mère décédée de cirrhose ; père décédé ; marié, pas d'enfants.

Ethylisme important.

A son entrée, très agité ; il a dû être maintenu, car il frappait dans la porte pour partir.

Il est ainsi depuis deux jours.

Tout interrogatoire est impossible. Malade confus, qui chante et crie. Prend part de temps à autre aux conversations qui se tiennent autour de lui.

Tantôt gai, tantôt triste, il pleure parfois en s'accusant d'avoir commis un attentat à la pudeur.

L'agitation ne permet pas de le garder : *internement.*

OBSERVATION XII

D... Maurice, 39 ans, camionneur.

DIAGNOSTIC. — *Délirium tremens avec hallucinations chez un hérédo-alcoolique.*

Agité à son arrivée, il présente des hallucinations qui, apprend-on durent depuis 2 jours.

On apprend aussi que son père est mort à 63 ans alcoolique. 5 frères, dont 2 décédés.

Lui, boit plus de 3 litres de vin par jour.

OBSERVATION XIII

C... Victor, 33 ans, manoeuvre.

Entré le 11 mars 1936.

DIAGNOSTIC : *onirisme alcoolique*.

Son père est alcoolique ; lui-même avoue un éthylisme d'au moins deux litres par jour.

Il est marié et père de quatre enfants bien portants.

L'affection actuelle a débuté brusquement le mardi 10 mars par un délire terrifiant qui le fait s'agiter et crier ; il voit des bêtes.

Au moment de son entrée il était encore à l'état de délire ; il voit un cheval contre le mur et en est terrifié.

Sa température est à 40°.

Très rapidement les phénomènes délirants cèdent et le malade entre dans un état de confusion qui dure deux jours. La fièvre a baissé également.

L'examen montre des signes d'imprégnation alcoolique.

OBSERVATION XIV

B... Ferdinand, 33 ans, voiturier.

Entré le 14 novembre 1937.

DIAGNOSTIC : *Délire avec hallucinations nocturnes chez un hérédo-alcoolique.*

Malade marié, a un enfant de 5 ans en bonne santé.

Il avait quitté ses parents à 13 ans parce que son père, éthylique, prenait des crises de fureur et le battait.

Lui-même boit depuis longtemps, et ces dernières années prenait plus de 4 litres par jour.

Il y a 8 jours, il fait venir un médecin pour des troubles dyspeptiques. Un diagnostic de précirrhose est porté et le vin est à peu près supprimé. C'est quelques jours après que le malade prend une crise d'agitation très violente. Depuis assez longtemps, il avait des cauchemars, des zoopsies, quelques pitiuites matutinales. Le lendemain, la crise est terminée, le psychisme est redevenu normal.

Examen somatique : Système nerveux : Rien à signaler.

Pas de signes organiques de cirrhose véritable.

OBSERVATION XV

R... Louis, 45 ans, employé de mairie.

Entré le 28 octobre 1937.

DIAGNOSTIC : *Agitation nocturne chez un hérédéo-alcoolique.*

Dans ses antécédents : Père mort, alcoolique ; mère décédée.

Personnellement, il a eu une fièvre typhoïde. A fait la guerre et a été blessé au coude en 1915.

Boit environ 3 litres par jour.

Depuis 3 ans il présente un tremblement marqué des bras et des jambes.

Insomnies ; cauchemars ; agitation nocturne.

La privation d'alcool le fait devenir très vite lucide, et il se calme progressivement.

OBSERVATION XVI

V..., 35 ans.

Entré le 8 février 1936 pour *délire alcoolique*.

Père alcoolique ; mère en bonne santé ; frères et sœurs bien portants.

On apprend que le malade boit de 4 à 5 litres de vin par jour.

Il y a environ dix jours que le malade a commencé à délirer : il nous raconte qu'il voyait des rats descendre du plafond, essayer de grimper sur son lit pour le dévorer ; le malade s'agitant de plus en plus chaque nuit, nous est envoyé.

Mais dans le service il ne tarde pas à se calmer, ses zoopsies disparaissent ; encore sous l'effet des visions terrifiantes de son délire il est fermement décidé à ne plus recommencer à boire.

Par ailleurs, on note : un foie débordant de deux travers de doigts, du subictère des conjonctives, du tremblement des extrémités.

OBSERVATION XVII

C..., 32 ans. Entré le 2 mai 1936.

DIAGNOSTIC : *Bouffée délirante chez un alcoolique.*

Père éthylique ; mort d'urémie.

Lui-même, gros alcoolique. 2 à 4 litres de vin par jour, pas d'apéritifs.

Marié, a un fils bien portant. Sa femme a eu 4 fausses-couches.

L'affection actuelle a débuté pour la première fois il y a 3 mois environ. Le malade s'agitait, voyait du monde autour de lui.

Il a continué à boire, mais en diminuant la dose.

Cette fois, ce sont encore les mêmes personnes qui lui sont apparues, des romanichels, en l'espèce, qui lui ont reproché de ne pas aider sa femme dans son ménage.

A l'heure actuelle, il n'y croit plus, et fait la critique de son délire qui a duré 3 à 4 jours.

OBSERVATION XVIII

L... François, 47 ans, ajusteur. Entré le 25 février 1938.

DIAGNOSTIC : *Tremblement intense ; insomnie et cauchemars.*

Antécédents : Père décédé à 46 ans ; éthylique interné.

Marié, n'a pas d'enfants.

Il y a un an, en rentrant de son travail, il se sent faible et doit s'aliter. Zoopsies, cauchemars.

Les mêmes troubles réapparaissent il y a quelques temps, obligeant le malade à quitter son travail.

OBSERVATION XIX

G... Benoît, 41 ans, entré le 4 octobre 1938.

DIAGNOSTIC : *onirisme chez un alcoolique, fils d'alcoolique.*

Antécédents : on note : père gros alcoolique, mort de cirrhose du foie.

Lui-même boit beaucoup.

Dans le service, il sent de l'électricité dans son lit. A travers la fenêtre, il croit voir la pluie tomber. Il la voit à travers certains carreaux seulement.

OBSERVATION XX

P. Edouard, 47 ans, linotypiste. Entré le 21 juillet 1938.

DIAGNOSTIC : *Hérédité alcoolique. Onirisme et agitation nocturne.*

Antécédents : Alcoolisme paternel et maternel très important.

Il déclare que son métier l'oblige à travailler la nuit et a boire beaucoup. Environ 3 litres par jour.

Rêves professionnels.

En outre : angoisse et colères brutales.

OBSERVATION XXI

M..., 35 ans, cultivateur.

DIAGNOSTIC : *Alcoolisme chez un fils d'alcoolique. Zoopsies. Délire hallucinatoire.*

Son père, vigneron, est mort à 52 ans ; était éthylique.

Le malade est travailleur, et fort buveur. Depuis de nombreuses années, il reconnaît boire plus de 4 litres de vin par jour.

Pour la première fois, vendredi dernier, il eut une crise d'agitation aiguë : il court toute la nuit après ses poules. Le lendemain, toujours pendant la nuit, zoopsies nombreuses : il voit des rats, des vipères, qu'il essaie de tuer avec une fourche et un échalas. Il menace également sa femme, et en la poursuivant saute le mur de la propriété.

C'est à la suite de cet incident qu'il est hospitalisé.

Sur les quinze cas présentés, nous avons un décès, deux internements ; chez tous la durée des troubles mentaux fut longue.

C. CONFUSION MENTALE AVEC DELIRE ALCOOLIQUE.

OBSERVATION XXII

G. Lucien, 30 ans, employé.

Entré le 13 juin 1938.

DIAGNOSTIC : *Hérédité alcoolique. Confusion et idées délirantes de persécution mal systématisées.*

Le malade avoue un éthylisme prononcé, de 2 à 3 litres, et des excès hebdomadaires, chaque samedi.

Depuis quelques jours, tremblements dans les jambes ; crampes.

Il y a 3 jours, s'est mis brusquement à trembler, est tombé en arrière, mais sans perdre connaissance.

Accuse un brouillard devant les yeux, des bourdonnements d'oreille.

Il répond aux questions après un certain temps de latence et en cherchant.

D^r Bourrat : On apprend que le père du malade, mécanicien du P.-L.-M., était un buveur, mort d'une cirrhose du foie ; mère bien portante.

Depuis 14 ans, travaille dans une maison de soieries et il a contracté l'habitude de boire très raisonnablement pour y chercher de l'euphorie. Caractère devenu irascible. A quitté sa mère il y a un an pour vivre seul à Lyon. Il y a un mois et demi a rejoint sa mère, paraissant dans un désarroi complet : crises de larmes ; idées de persécution (on l'accable de tout le travail, on veut le renvoyer, les voisins lui en veulent). A manifesté des idées de suicide.

Sa mère redoute ses violences lorsqu'il a bu.

Décision d'internement.

OBSERVATION XXIII

D. Eugène, 44 ans.

Il ne peut préciser de quoi est mort son père, mais il sait qu'il buvait beaucoup, de 6 à 10 pernod par jour.

Entre dans le service le 12 décembre 1937.

A fait la guerre sans blessure. Rien à signaler dans ses

antécédents personnels ; mais il reconnaît qu'il boit lui aussi beaucoup, environ 4 à 6 litres de vin rouge par jour.

Ces derniers temps il dormait mal, avait des pituites matinales.

Il nous raconte une histoire invraisemblable : il a été assailli chez lui par des artilleurs munis de fausses barbes et de moustaches. Avec des chalumeaux électriques ils ont défoncé tout le plafond. Puis il a été emmené à la caserne ; il est ensuite question de vol de chevaux.

Le lendemain il va consulter le médecin qui lui conseille de venir dans le service se reposer.

A l'examen, malade au faciès congestionné, il est couvert de sueurs, et très agité. La température est à 40° et le malade fait un délirium tremens.

Quelques jours plus tard sa femme nous apprend qu'il y a trois ans le malade avait fait une crise semblable. Il est ivre tous les jours. Il devient violent, brutalise sa femme et démolit tout le mobilier. Il cherche aussi chicane aux voisins.

On porte le *DIAGNOSTIC* : *Crise de delirium avec température chez un alcoolique invétéré, fils d'alcoolique.*

OBSERVATION XXIV

F. Marc, 35 ans, employé de bureau.

DIAGNOSTIC : *Heredo-alcoolisme. Alcoolisme ancien. Etat sub-délirant avec un certain degré d'anxiété.*

Le père est alcoolique (dit la mère).

Marié sans enfants.

A été un enfant chétif ; a toujours beaucoup bu (vin, apéritifs, alcool), d'une façon régulière, sans s'enivrer. A bu encore davantage depuis un an. Il exerçait le métier d'inspecteur et buvait partout. Il a été obligé d'interrompre son travail plusieurs fois et depuis un mois il est en congé.

Il s'est mis à battre sa femme qui, lassée, a demandé le divorce.

Dr Bourrat. Actuellement nie tout éthylysme, sa mère ne lui laissant aucun fonds.

Sa mère le trouvait distrait, préoccupé, tourmenté même par des idées touchant la confession. Il émet un certain nombre d'idées bizarres dont il fait la critique, mais qui peuvent devenir délirantes.

2^e séjour. Après une nuit très agitée, et un comportement qui a ameuté toute sa maison, revient dans le service. *Interné.*

OBSERVATION XXV

V..., 35 ans, épicier.

DIAGNOSTIC : *Bouffée délirante. Délire absurde chez un prédisposé alcoolisé.*

Sujet qui est entré pour une bouffée délirante le 31 août 1936 qui n'a duré qu'un jour.

Il nous dit ce matin : « C'est toujours mon éternelle jambe qui m'empêche de sauter ; je ne sais pas s'il faut me la faire couper ou remettre mes jarretières ».

On apprend qu'il buvait en moyenne 3 litres de vin et un apéritif par jour. Jusqu'à ces derniers temps il était assez gai et normal. La veille, il répétait : « Je ne sais pas ce que j'ai, mais je me sens mal et je souffre de la tête ».

Dans le premier cas, idées de persécution ; anxiété et idées de suicide. La confusion est plus difficile à mettre en évidence elle a en partie disparu lorsqu'on voit le malade.

Dans le deuxième cas, un délire de persécution auquel le malade croit encore à son entrée, a précédé la confusion.

Cet accès est une récurrence d'un accès semblable survenu il y a trois ans. Entre temps, le malade a le caractère typique de l'alcoolisme chronique, très bien décrit par sa femme.

II. Le délire hallucinatoire alcoolique

Il diffère de la confusion mentale et de l'onirisme.

Les illusions et hallucinations se groupent en un thème délirant suffisamment précis.

C'est ainsi qu'on décrit la forme commune : le délire de persécution.

LE DELIRE ALCOOLIQUE DE PERSECUTION

OBSERVATION XXVI

Hil..., 32 ans, représentant de commerce.

Séjour du 8 au 19 février 1936.

Entre dans le service pour troubles mentaux et *tentative de suicide*.

On note que le père était buveur ; mort subitement.

Lui-même boit souvent, à cause de son métier de représentant, de nombreux verres de vin blanc par jour.

A l'entrée, on songe immédiatement à un suicide, devant ce malade pâle qui s'est entaillé la gorge et les poignets. Il ne paraît pas anormal de prime abord et nous raconte l'histoire suivante : Pendant la nuit de jeudi, pour la première fois, *il entend des voix* et croit qu'il y a des gens à la porte qui veulent faire du mal à sa mère. Il ne veut pas ouvrir, mais il entend des voix de plus en plus fortes. Il se souvient qu'il a lui-même dit : « Vous ne m'aurez pas vivant » ; il se lève, prend son rasoir et *s'entaille les poignets et le cou*. Mais la vue du sang l'effraie, il se ressaisit et il appelle sa mère au secours. La nuit suivante, il fait venir chez lui un camarade parce qu'il craint de recommencer ; en fait *il entend encore des voix* et se lève mais se contente de se mettre à la fenêtre et de siffler ; puis il retourne se coucher.

Sa mère alarmée lui fait consulter un médecin qui l'envoie à l'hôpital.

L'examen somatique nous montre des signes nets d'imprégnation alcoolique.

En résumé, il s'agit d'un *délire nocturne avec tentative de suicide par peur chez un homme de 32 ans qui n'est pas grand buveur mais fils d'alcoolique.*

12 novembre 1936. — On apprend par la sœur du malade que ce sujet a divorcé il y a trois ans, et que peu de temps auparavant il avait sauté d'un deuxième étage et *tiré un coup de revolver* sur sa femme.

OBSERVATION XXVII

D. Pierre, 38 ans, blanchisseur.

Entré le 13 septembre 1937.

DIAGNOSTIC : *Délire pantophobique chez un grand alcoolique, fils d'alcoolique.*

Antécédents : Père mort d'un cancer du poumon à 56 ans. Alcoolique (*rien que du vin*).

Marié ; 2 enfants, bien portants.

Lui-même boit de 4 à 6 litres de vin par jour.

L'affection actuelle remonte à un mois environ ; il se réveille brusquement chez lui au milieu de la nuit, parce que des gens se sont introduits chez lui. *Il les entend qui parlent, qui chantent et qui le menacent.*

Plusieurs fois ces faits se sont reproduits..

Dimanche dernier encore, une meute de gens s'est lancée à sa poursuite, il a été obligé de fuir. On voulait l'arrêter pour le fusiller parce qu'il n'était pas du même parti politique que ses agresseurs.

Dr Bourrat : Conserve une idée fixe ost-onirique. Il croit à la réalité des poursuites de la nuit dernière.

Il s'agit avant tout d'un délire pantophobique d'origine alcoolique évidente (mais rien que du vin).

OBSERVATION XXVIII

G. V., 40 ans, chômeur. Entré le 5 janvier 1937.

DIAGNOSTIC : *Tentative de meurtre sur sa femme. Vient pour une tentative de suicide.*

Le 31 décembre, il a *frappé sa femme* à coups de bouteille sur la tête.

Le 5 janvier la croyant morte, il s'est enfoncé un couteau dans la poitrine, et est amené par la police.

Le 6 janvier. Sa femme, hospitalisée dans un service de chirurgie, raconte : Mariée depuis 1922, a un enfant de 13 ans. Son mari a toujours beaucoup bu, mais était un ouvrier consciencieux. Il y a 7 ans, il a présenté un état de dépression ; il ne dormait plus, avait très peur, car il se sentait entouré par des hommes qui lui voulaient du mal. Malgré les avertissements, il continue de boire ; presque toujours ivre, il ne travaille plus qu'irrégulièrement, et son caractère a beaucoup changé depuis 6 mois.

Il a essayé d'étrangler deux fois sa femme pendant qu'elle dormait. C'est à 2 h. du matin qu'il commet sa tentative sur sa femme en la frappant à coups de bouteille.

Le *père* du malade était un *gros buveur*, très brutal. Il a des *frères* qui sont aussi *alcooliques*.

Dr Bourrat : Est resté calme pendant son séjour, et inquiet des conséquences de son acte. A cependant encore des idées de persécution à l'égard de sa femme.

Sorti le 27 février 1937.

COMMENTAIRES. — Ce sont là trois observations typiques où le délire de persécution est à l'état pur.

Dans les deux premières, le délire a débuté en apparence brusquement par un rêve effrayant.

Les idées de persécution sont mal systématisées en général : « on » lui en veut, « des gens » en veulent à sa mère...

Les illusions et hallucinations sont nombreuses.

A noter que chez l'alcoolique normal, l'hallucination visuelle est prédominante ; tandis que chez l'hérédo-alcoolique elle est plus réduite, et l'hallucination auditive plus développée.

De même l'agitation anxieuse est plus marquée.

Le malade très inquiet, va et vient. Ses réactions sont particulièrement violentes. On assiste soit à une fuite éperdue (observation 27) soit à une tentative de suicide ou d'homicide (observation 26 et 28).

Le retour à l'état normal peut se produire brusquement, mais en général passe par trois phases :

La conviction du délire ; la phase de doute ; le retour à la normale.

Dans l'observation 27, on voit que le malade conserve encore la conviction de son délire.

On remarquera que chez d'eux d'entre eux, il s'agit d'une récidue.

Voici encore huit observations de délire hallucinatoire à forme de persécution :

OBSERVATION XXIX

N... Claude, 44 ans, cultivateur, entré le 20 octobre 1938.

DIAGNOSTIC : *Hérédité alcoolique. Délire de persécution et de jalousie.*

Marié, 2 enfants ; a réduit depuis un an sa consommation d'alcool ; mais est toujours excité chez lui et frappe sa femme. Il en veut particulièrement à sa femme.

OBSERVATION XXX

M... Jean, 39 ans, électricien.

DIAGNOSTIC : *Alcoolisme chronique chez un hérédo-alcoolique. Idées de persécution et de jalousie ; réactions violentes.*

Antécédents : Père grand buveur.

Lui-même : rhumatisme articulaire aigu ; bronchite chronique.

En 1935, en se levant, un matin, il se sent malade et prêt à tomber. Est soigné 2 mois à l'hôpital pour fatigue nerveuse, nous dit-il.

La même année, une fracture le fait séjourner encore à l'hôpital. A partir de ce moment, il se plaint de douleurs lombaires, de battements de cœur.

Son éthylisme augmente et il s'entend de moins en moins avec sa femme. Il se plaint d'être frappé par sa femme lorsqu'il revient ivre à la maison. D'autre part, les voisins lui auraient insinué que sa femme le trompe. Violences envers sa femme.

Examen : Rien à signaler sauf gros foie.

Visite de sa femme : On apprend qu'en réalité, elle n'a jamais eu de disputes avec son mari, mais que c'est lui-même qui se figure que sa femme lui en veut. Le jour de son entrée dans le service, il passe dans de nombreux commissariats de police en disant qu'il est recherché et qu'il vient se présenter. D'autre part, il se plaint à des voisins qu'on lui avait volé ses enfants alors qu'il venait de les quitter. Quelques idées de suicide.

Le 25 octobre 1938. Sorti de l'hôpital du Vinatier, depuis quelques jours, il a été reconduit à l'hôpital Herriot à la suite d'une crise d'ivresse, avec des réactions violentes, et le réveil des idées de jalousie et des menaces à l'égard de sa femme.

Nouvel internement.

OBSERVATION XXXI

G. Eugène, 37 ans, chef de chantier.

Entré le 11 juin 1937.

DIAGNOSTIC : Alcoolisme de la 2^e génération. Syndrome psychique caractérisé par des hallucinations auditives, des idées de persécution mal systématisées ; des réactions absurdes et des phases de lucidité avec ébauche d'auto-critique.

Antécédents : Père âgé de 76 ans, gros buveur de beaujolais. Trois frères en bonne santé.

Lui-même n'a jamais été malade. Marié, pas d'enfants. Avoue un éthylisme prononcé.

D^r Bourral : Hallucinations nocturnes.

Malade conscient de son alcoolisme qu'il avoue : « beaucoup de vin blanc ». Il reconnaît son caractère très irritable, ses discussions futiles.

Il a dit à sa femme « si j'avais mon revolver, je tuerais celui-là » ; il se croit poursuivi.

A son entrée, hier, tremblait, et montrait à sa femme un attachement touchant.

L'excitation psycho-motrice et la pantophobie se manifestent surtout le soir.

14 juin. Les infirmiers nous déclarent que chaque soir, à partir de 16 heures, il se met à délirer.

Son délire a les caractères de l'onirisme ; il se demande qui lui a mangé ses oranges, et parle à sa femme qu'il croit présente.

Il prétend qu'on lui veut du mal, qu'on essaie de l'empoisonner. Pour ce motif, il refuse de toucher à ses aliments.

21 juin. Toujours agité le soir. Idées de persécution, il a peur d'être assassiné par le Ministère de la Guerre. Hallucinations visuelles et auditives.

A certaines heures, lucidité et auto-critique.

OBSERVATION XXXII

De V. Louis, 48 ans, entré le 13 août 1936.

DIAGNOSTIC : *Délire hallucinatoire pantophobique, confusion mentale et idées de persécution.*

Antécédents : Père alcoolique.

Lui-même : Marié, 2 enfants bien portants.

Boit environ 2 litres par jour et quelques apéritifs.

Hallucinations auditives.

Se croit persécuté par un parti politique qui aurait tué sa femme.

Hier, très anxieux, et ayant peur d'être fusillé, casse la vitre de la porte pour s'enfuir.

Internement.

OBSERVATION XXXIII

F. Alexandre, 46 ans, cultivateur.

Entré le 29 octobre 1938.

DIAGNOSTIC : *Délire hallucinatoire avec réactions anxieuses chez un alcoolique, fils d'alcoolique.*

Malade envoyé par la police.

Antécédents : Père vivant, 78 ans ; alcoolique.

Célibataire ; aucune maladie grave.

Boit environ 3 litres de vin par jour.

Depuis 2 ans environ, le malade a perdu l'appétit et le sommeil.

Cauchemars ; zoopsies ; rêves professionnels.

Très irritable depuis quelques temps, il prend des crises de fureur chez lui. Il bat ses animaux. Hallucinations visuelles et auditives : il entend des voix, des cris ; il voit des gens chez lui, qui discutent la nuit et même la journée. Délire de persécution contre ses voisins.

En dernier lieu, il croyait qu'on voulait le tuer parce qu'il avait dit qu'il ne partirait pas à la guerre avant d'être convoqué.

Hier, il est parti de son pays pour Lyon, sans raison, abandonnant sa maison et son bétail. Avant de partir, il *s'est tiré un coup de fusil* dans la tête, mais les plombs ont effleuré le menton. A Lyon, dans un hôtel : agitation anxieuse ; la police vient le prendre et le conduit à l'hôpital.

N'est pas confus, et répond à l'interrogatoire.

Le 2 novembre. Grosse anxiété, surtout la nuit. Veut aller payer ses dettes et travailler.

A fait deux tentatives de suicide par pendaison dans le service.

OBSERVATION XXXIV

H. Charles, 34 ans, camionneur.

Entré le 22 septembre 1938.

DIAGNOSTIC : *Hallucinations visuelles et auditives avec agitation.*

Antécédents : Père mort à 49 ans d'alcoolisme. Est marié, 2 enfants bien portants.

Il avoue un éthylisme d'environ 3 litres par jour.

Depuis une huitaine de jours : zoopsies et hallucinations auditives. Anxiété nocturne. Il voit des gens qui lui veulent du mal, il entend des bruits sourds, des menaces.

Délire de persécution non systématisé.

OBSERVATION XXXV

P. Fernand, 27 ans, garçon de café.

Entré le 6 novembre 1937.

DIAGNOSTIC : *Bouffée délirante de persécution chez un pré-disposé.* Interprétations sans hallucinations.

Antécédents : Père nerveux et alcoolique.

Sept frères et sœurs en bonne santé.

Réformé. Ethylisme : surtout apéritifs.

Insomnie ; cauchemars.

Dans la rue, les gens lui font des grimaces, disent du mal de lui, il entend des bruits de motocyclettes qui le suivent affirme-t-il.

Dr Bourrat : « Depuis 25 jours, on me suit ; il y a même plus longtemps. — Pourquoi ? — Sais pas ! je n'ai rien à me reprocher, ma carte n'était pas en règle, je crois que c'était pour ça. »

Il se promène de long en large, assez inquiet.

Il semble que ces idées délirantes soient basées seulement sur des interprétations pathologiques.

OBSERVATION XXXVI

R. Louis, 36 ans, cordonnier. Entré le 6 août 1937.

DIAGNOSTIC : *Onirisme et délire de persécution sous l'influence de petites quantités de vin chez un hérédo-alcoolique. Idées de jalousie ; hostilité ; violences.*

Antécédents ; père mort était paludéen et éthylique. Mère en bonne santé, mais le père de celle-ci était nettement alcoolique.

Marié, a 3 enfants.

Affirme ne boire qu'un litre par jour environ et jamais d'apéritifs.

Dr Bourrat. S'il boit un verre de vin, « il ne se connaît plus », déclare-t-il. Il y a 3 ans, halluciné, voyait des bêtes, des gens qui le poursuivaient. N'était pas violent.

Depuis 2 mois, se montre plus jaloux, violent, il croit que tout le monde lui en veut. Il parle de se tuer, de tuer quelqu'un, « de lui ouvrir le ventre ».

A frappé violemment sa femme, qui a dû se réfugier la nuit chez ses parents. Accuse sa femme de vouloir le faire interner.

Le 18 août. Réticent, il avoue cependant ses violences en les excusant.

Le 4 septembre. L'attitude est devenue celle d'un anxieux. crise de fureur ; bris de vaisselle.

Décision d'internement.

A noter la gravité des délires chez ces malades. Sur les huit malades présentés, il y a quatre internements.

En général les violences s'exercent sur la famille et plus spécialement sur la femme du malade.

L'anxiété est grave et a abouti chez l'un à une tentative de fuite, chez l'autre à une tentative de suicide.

LE DELIRE ALCOOLIQUE AVEC FUREUR

Cette forme s'observe le plus fréquemment après la délire de persécution.

Ces accès furieux se produisent sous l'influence de l'état anxieux du malade. Effrayé par ses hallucinations terribles, il cherche à se débattre et à se sauver. C'est l'intervention de la famille ou des voisins qui cherchent à le calmer, qui déclanche par réaction les crises de colère. Il devient très violent, injuriant et menaçant, il brise le mobilier et frappe l'entourage.

OBSERVATION XXXVII

P..., 40 ans.

Entre le 1^{er} mars 1936.

DIAGNOSTIC : *Délire alcoolique chez un grand alcoolique, fils d'alcoolique.*

Père éthylique. Lui-même, marié, père de 6 enfants.

Il reconnaît avoir consommé il y a quelques années de grosses quantités de vin (5 à 6 litres par jour). Actuellement ne boit plus guère que 2 à 3 litres, car ne supporte plus le vin et s'enivre très facilement.

Dans le service, se calme rapidement et demande sa sortie le 4^e jour.

Sa femme se plaint que la vie est intenable à la maison.

Lorsque son mari boit, il s'agite beaucoup la nuit, criant, *cassant des objets* et prononçant des paroles incohérentes. Il bat sa femme et fait des crises de fureur qui ne paraissent même pas motivées par des excès alcooliques récents.

OBSERVATION XXXVIII

M. François, 19 ans et demi, imprimeur.

Entré le 27 janvier 1937.

DIAGNOSTIC : *Crise de fureur violente chez un petit dégénéré, fils d'alcoolique, alcoolisé lui-même.*

Il y a 4 ans, il est entré dans l'imprimerie et a commencé à boire. Actuellement : 2 litres par jour.

Hier, alors qu'il venait de prendre un apéritif en sortant de l'atelier, il se sent fatigué, et rentre chez ses parents. A table, pour une discussion futile, prend un accès de fureur, avec bris d'objets. Confusion mentale consécutive qui dure quelques heures.

OBSERVATION XXXIX

M. Lucien, cantonnier. Entré le 4 août 1938.

DIAGNOSTIC : *Crises de fureur et d'agitation.*

Hérédité alcoolique et vésanique (mère internée depuis 4 ans). Boit environ 1 lit. 1/2 par jour, mais surtout de nombreux apéritifs.

Lorsqu'il boit, il prend des crises de fureur pendant lesquelles il est très menaçant.

La famille s'oppose à l'internement.

OBSERVATION XL

R. Benoît, 38 ans, teinturier ; entré le 25 octobre 1938.

DIAGNOSTIC : *Hérédité alcoolique. Excitation psycho-motrice avec anxiété ; caractère impulsif et violent.*

Antécédents : mère, grande alcoolique.

Boit environ 2 litres et demi par jour ; quelques apéritifs.

Depuis 15 jours, vertiges et tremblement généralisé. En outre, accès de colère brusque avec gestes et cris à l'occasion d'excès de boisson.

OBSERVATION XLI

D. Pierre, 43 ans, chômeur. Entré le 13 novembre 1937.

DIAGNOSTIC : En observation pour *crises de fureur violente avec voies de fait sur l'entourage ; menaces de meurtre.*

Antécédents : parents, grands alcooliques, qui s'en font gloire. Le malade a 8 frères et sœurs en bonne santé, mais qui boivent aussi.

Marié, a 3 enfants.

Paludisme pendant la guerre. Depuis 1930, est soigné pour tuberculose pulmonaire fibreuse.

Au point de vue psychique : troubles du caractère, irritabilité, impulsivité et menaces de mort.

A subi *deux condamnations*, et a passé 4 fois en correctionnelle.

Dr Bourrat : La femme du malade nous fournit des renseignements intéressants. Plus âgée que lui, elle l'a épousé hâtivement pour légitimer sa fille aînée qu'il a reconnue et dont il n'est pas le père. Il n'appartient pas au même milieu social que sa femme, il est à peu près illettré, il a rapidement dilapidé la fortune de sa femme.

Lorsqu'il boit, il ne se possède plus et devient dangereux. Accès de fureur violente, vraiment impressionnants. Il brise les objets, frappe violemment ses proches, oblige ses deux jeunes enfants à coucher dehors sur une couverture. Un jour a saisi un poêle allumé et l'a jeté par la fenêtre. A été mis à la porte de tous les hôpitaux pour ses violences.

Il semble que sa violence s'oriente surtout vers sa femme et la fille de celle-ci âgée de 24 ans. Il les frappe, les menace avec son fusil et un couteau. Il est resté récemment une heure armé d'un fusil à la porte de leur chambre.

Dans le service, est lucide et poli. Il nie ses insomnies et ses zoopsies.

LES MANIFESTATIONS ANXIEUSES

Nous n'avons pu trouver que trois observations dans lesquelles les malades présentent des manifestations d'anxiété grave, aboutissant à la tentative de suicide.

Les antécédents des malades ne nous ont montré absolument rien d'autre que l'alcoolisme parental. Ici, l'alcoolisme du sujet n'a déterminé aucun des phénomènes que nous venons d'étudier chez les précédents. Dans la première observation : **anxiété et tentative de suicide.**

Dans la seconde on note en outre des crises comitiales, dont la responsabilité incombe sans doute aussi à l'alcoolisme du père.

OBSERVATION XLII

B. Antoine, 35 ans, modelleur. Entre le 7 novembre 1938.

DIAGNOSTIC : *Hérédité alcoolique. Névrose d'angoisse et agoraphobie.*

Hospitalisé pour intoxication au gardénal. A son entrée était très agité.

Antécédents : Père mort à 60 ans, éthylique.

Lui-même boit de 4 à 5 litres de vin par jour.

L'affection a débuté il y a quelques mois par une lassitude insurmontable, des vertiges, des céphalées.

Dr Bourrat. Depuis le mois de janvier, signes de névrose d'angoisse ; insécurité dans la rue, faux vertiges des névropathes. Appoint alcoolique certain, mais sobriété depuis quelques mois.

Dort assez bien, mais impression de fatigue au réveil.

Il avoue qu'il est fils d'éthylique, se désespère de ne pouvoir travailler et de ne pouvoir sortir seul. C'est devant l'absence de progrès qu'il a fait cette tentative. Préparée samedi, la tentative eut lieu lundi soir en l'absence de sa femme.

Prend un verre de cognac pour se donner du courage ; son revolver n'ayant pas marché, il a recours au *gardénal*, absorbe 30 comprimés à 0 gr. 05. Toujours anxieux, il accuse à certains moments de l'angoisse, sensation de cerveau vide, peur de perdre la raison.

Psychothérapie difficile.

OBSERVATION XLIII

R. Ernest, 48 ans, professeur de lycée.

Entre le 26 décembre 1938, en état d'ébriété.

DIAGNOSTIC : *Hérédité alcoolique ; épilepsie convulsive et épilepsie psychique. Appoint alcoolique.*

Père, décédé ; alcoolique.

Lui-même, réformé, n'a pas fait la guerre. Marié, ses 2 enfants sont en bonne santé.

Prétend ne boire que de la bière, mais 5 à 6 demis par jour.

Depuis une quinzaine d'années, il prend environ chaque mois une crise comitiale.

Au point de vue psychique : Anxiété grave et obsessions.

Il a fait *une tentative de suicide* avec son rasoir, il y a trois ans. Actuellement, toujours anxieux, il présente en outre quelques idées de persécution non systématisées. Il se plaint d'avoir parfois des hallucinations visuelles et des zoopsies.

OBSERVATION XLIV

M. Marius, 26 ans, cordonnier.

Se présente de lui-même à l'hôpital, le 31 août 1938 parce qu'il a peur de ne plus être maître de ses actes.

DIAGNOSTIC : *Hérédité alcoolique. Paroxysmes anxieux confinant au délire chez un sujet alcoolisé lui-même.*

Son père est mort de cirrhose du foie.

Depuis quelques années, boit en moyenne, 2 à 3 litres de vin par jour.

Depuis plusieurs jours, très énervé, avait des cauchemars la nuit ; pendant la journée avait envie de tout casser chez lui. La nuit dernière ayant peur de ne plus être maître de ses actes, il a demandé qu'on le conduise à l'hôpital.

Actuellement, toujours agité. Il nous raconte qu'en pleine nuit il a senti une bouffée de chaleur lui monter à la tête et un voile noir lui tomber sur le cerveau. Il n'a plus reconnu son amie, et est descendu dans la rue en chemise en criant qu'il devenait fou.

Dr Bourrat. Le malade qui paraissait un anxieux simple se montre actuellement interpréteur et se demande « si on ne lui a pas enlevé son cerveau et son cœur ».

LA FUREUR ALCOOLIQUE

Dans le second chapitre de ce travail nous avons étudié l'état mental de l'alcoolisme chronique et nous avons vu que les troubles de l'humeur et du caractère sont perçus les premiers par l'entourage. L'irritabilité du sujet est la cause de la colère impulsive et violente.

Chez l'hérédo-alcoolique, cet état mental est singulièrement aggravé et on assiste à des crises de fureur souvent impressionnantes.

Elles ne sont pas dues aux hallucinations comme c'est le cas dans le délire hallucinatoire avec fureur mais éclatent brusquement et ne sont pas toujours provoquée par l'excès de boisson.

En plus de ces crises de fureur, on trouve l'inadaptabilité sociale et le mauvais esprit.

Nous avons trouvé sept observations et nous avons pensé qu'on pouvait les grouper sous un titre particulier : la fureur alcoolique.

OBSERVATION XLV

B. Auguste, 42 ans, maçon.

Entre dans le service le 17 février 1936, avec le diagnostic de crises nerveuses ; c'est un ancien malade du service qui avait été hospitalisé en 1935 pour delirium tremens. Il s'agit donc d'un éthylique.

Dans ses antécédents on remarque que son père, tailleur de pierre était un grand alcoolique.

Marié en 1923, il a deux enfants, l'un mort à trois mois, l'autre malade qui a été hospitalisée à plusieurs reprises dans les hôpitaux. Il a subi pendant la guerre une commotion à laquelle il attribue tous ses maux actuels ; il a été enterré sous une couche importante de sable ; mais il ne semble pas qu'il ait perdu connaissance.

Environ quinze jours après son mariage, il se met à crier et à chanter la nuit ; sa femme apprend mais un peu tard que ce n'est pas la première fois que cet homme se trouve dans cet état.

Depuis cette date il prend des crises semblables avec une grande fréquence une à deux fois par mois. En 1926, *il est interné*, mais on le relâche bientôt, car il se calme vite lorsqu'il est privé de boisson. En 1935, il est hospitalisé pour delirium tremens ; après la guérison son attitude vis-à-vis de sa femme a changé, il la bat ; il brise le mobilier et déchire les draps. De plus il est devenu incapable de travailler.

On prend une *décision d'internement* le 21 février ; le malade reste à l'Asile jusqu'en avril.

Le 21 août il est inculpé dans une affaire de bris de clôture ; il est très conscient et on conclut à sa responsabilité complète.

Le 5 janvier 1938, en allant faire pointer sa carte de chômage, il enjambe la balustrade d'un pont sur la Saône et *se jette à l'eau*. Il prétend qu'il a fait cette tentative de suicide à la suite d'une réprimande de sa femme.

On porte le diagnostic suivant : *Déséquilibré constitutionnel f/d'alcoolique, et alcoolique lui-même déjà interné. Indifférent au point de vue affectif ; impulsif et violent.*

OBSERVATION XLVI

F... Irénée, 42 ans, métallurgiste.

Entré le 23 novembre 1937 (1^{er} séjour).

DIAGNOSTIC : *Crises de fureur violente nécessitant la contention chez un alcoolique, fils d'alcoolique.*

Antécédents : Père, colonial gros buveur.

Sa femme raconte que depuis 1928, il prend des crises de fureur violente pendant lesquelles il faut l'attacher.

Revient le 15 avril 1938 : Toujours très violent, il a fait cette nuit une tentative de suicide au gaz d'éclairage.

Décision d'internement.

OBSERVATION XLVII

D. Henri, 33 ans, débardeur. Entré le 1^{er} 1937.

DIAGNOSTIC : *Hérédité alcoolique ; délire violent de paroles et d'action sous l'influence de l'alcool.*

Vient dans le service, amené par la police.

D^r Bourrat : La femme du malade nous raconte que son beau-père, était « le plus grand alcoolique du pays. Depuis son mariage, notre malade se comporte en « véritable fou » chaque été ; il se croit persécuté par les voisins, profère des menaces à leur égard et tous les dix jours, assez régulièrement manifeste une tendance de dipsomane.

En état d'ivresse, il présente une véritable fureur, il brise tout, menace de mort ses proches et les consommateurs. S'est blessé ainsi l'année dernière en cassant les vitres.

Ces derniers temps, il a fait des crises de fureur d'une violence inouïe qui impressionnent le quartier. C'est une plainte qui a décidé la police à intervenir. On apprend encore par sa femme, que leur fillette fait des crises convulsives.

OBSERVATION XLVIII

S., 43 ans, mécanicien P.-L.-M.

Entré le 6 février 1937.

DIAGNOSTIC : *Caractère irascible et violent.*

Vient à la consultation à la suite de discussion avec ses supérieurs.

Antécédents : Père éthylique.

Lui-même boit environ 2 litres par jour.

Marié, 3 enfants bien portants.

Très irritable ; discussions et violences.

OBSERVATION XLIX

D., 54 ans, verrier. Entré le 5 février 1937.

Antécédents : Père éthylique.

Alcoolisme familial : 2 frères et une sœur qui sont alcooliques. Lui-même commence à boire à 15 ans (vin et absinthe).

Violences à l'égard de sa femme ; il la bat, la menace discussions fréquentes avec les voisins.

OBSERVATION L

D..., 25 ans.

DIAGNOSTIC : *Troubles du caractère ; inadaptabilité sociale ; tentative de suicide par le gardénal.*

Antécédents : Père mort, éthylique. Un frère, buveur.

Scènes et crises de larmes. Mauvais esprit.

S'est rendu indésirable dans les divers services où il est passé. Influence fâcheuse sur les autres malades.

OBSERVATION LI

B. Lucien, 26 ans, manœuvre.

Entre le 9 novembre 1938.

DIAGNOSTIC : *Hérédité alcoolique et tuberculeuse. Alcoolisme certain. Troubles graves du caractère, brutalités en famille, idées de jalousie.*

Malade accompagné par sa mère qui donne les renseignements suivants :

Antécédents : Père alcoolique ; décédé de tuberculose pulmonaire. Mère en bonne santé.

Deux frères sur trois, morts de tuberculose pulmonaire. Un oncle interné (délire de persécution).

Pas de convulsions dans son enfance, ni de crise d'épilepsie. A toujours été nerveux et irritable.

Il boit environ 3 ou 4 litres de vin par jour.

Depuis deux mois se met dans des accès de fureur extrêmement violente pour la moindre contrariété (robinet qui coule un peu fort, enfant qui pleure par exemple). Il crie, il casse ce qu'il trouve ; bat sa femme et sa mère. Au milieu de ses accès de colère, se met brusquement à rire. Il lui arrive de se lever la nuit en proie à des accès de fureur.

En outre, idées de jalousie, prétend que sa femme a des amants. Idées de persécution : tout le monde lui veut du mal.

Dans son travail, même comportement, se bat avec les autres ouvriers. Il regrette ensuite ses violences.

D^r Bourrat. Examen somatique négatif.

Le sujet reste calme dans le service parce qu'il est sevré. On a l'impression que l'alcoolisme joue un rôle prépondérant pour le déclenchement de ces scènes de brutalité. Sa femme nous déclare qu'elle ne peut continuer à vivre dans de telles conditions. Elle veut absolument quitter son mari.

Caractéristiques des délires chez les hérédo-alcooliques

GRAVITE. — Sur les 51 observations, on remarque le grand nombre de tentatives de suicide, de violences, de menaces de mort, la longue durée des accès. Enfin, il y a 12 internements dont 1 pour la seconde fois.

CARACTERES DES ACCES DELIRANTS. — En général, peu de confusion mentale, mais plutôt des formes assez différenciées. Les hallucinations ont tendance à se grouper sur un thème délirant actif, qui est en général celui de la persécution. Chez l'alcoolique normal, le délire de persécution est toujours mal systématisé ; les individus qu'il accuse sont

nombreux, mal définis (on, des gens lui en veulent) ; d'autre part, l'accès est de courte durée.

Chez l'héredo-alcoolique, le délire de persécution qui est né d'un accès délirant, se prolonge et s'installe ; il tend à se systématiser. Ce sont le plus souvent les voisins immédiats ou la femme du malade qui en sont les victimes.

LES HALLUCINATIONS. — Les hallucinations de l'alcoolique normal sont le plus fréquemment visuelles. Chez l'héredo-alcoolique, il y a prédominance des hallucinations de l'ouïe. Chez certains, il n'y a même que des hallucinations auditives (observations 26 et 27 par exemple). Celles-ci ne se bornent pas à des bruits sourds, mais se composent de phrases, de cris, de menaces.

DURÉE ET TERMINAISON. — Les accès délirants des héredo-alcooliques guérissent lentement. Les rechutes et les récidives ne sont pas rares.

CHAPITRE III

1. LE PROBLEME DE L'HEREDITE ALCOOLIQUE

Ce problème est d'une ampleur telle que nous ne pouvons l'envisager en entier dans ce travail. Nous nous bornerons à l'étude de l'influence de l'alcoolisme du père et de la mère.

Les antécédents des malades présentés dans nos observations nous ont appris que dans presque tous les cas, seul doit être incriminé l'alcoolisme paternel ; nous n'avons en effet que cinq observations où l'alcoolisme de la mère doit être mis en cause.

L'INFLUENCE RESPECTIVE DE L'ALCOOLISME MATERNEL ET PATERNEL

L'intoxication alcoolique de la mère agit sur l'ovule et de plus peut retenir sur le fœtus pendant les neuf mois de son développement. Il suffit de nous rappeler la physiologie du placenta pour voir que celui-ci ne constitue pas une barrière pour l'alcool.

Nieloux a intoxiqué des femelles pleines et par dosage a constaté que les organes maternels et fœtaux avaient à peu près la même teneur en alcool.

Nieloux a fait prendre à une mère dans les heures qui précédaient l'accouchement quelques centilitres d'alcool et en recueillant le sang de l'enfant lors de la section de la veine ombilicale, il a décelé dans ce sang la présence du toxique. Les échanges se font donc par simple diffusion, ils sont régis par les lois de la tension osmotique. On comprend combien cette modification du milieu sanguin d'un être aussi frêle que l'embryon peut avoir d'influence.

Mais il est de fait et les statistiques l'ont prouvé, que l'intoxication alcoolique paternelle est d'une toute autre importance.

APERT nous donne les chiffres suivants : quand le père seul est alcoolique, 58 pour 100 de stérilité, 22 pour 100 de morts-nés, 20 pour 100 de vivants ; quand c'est la mère, 25 pour 100 de stérilité, 25 pour 100 de morts-nés et 50 pour 100 de sujets normaux.

Le spermatozoïde est certainement plus sensible que l'ovule aux diverses modifications du milieu et leur susceptibilité différente à l'égard du toxique, pourrait s'expliquer par des *raisons physiologiques*. L'ovule est un gros élément rempli de réserves nutritives où la substance vraiment active et spécifique est comme perdue et masquée au milieu d'une abondante substance indifférente ; tandis que le spermatozoïde, au contraire, est presque uniquement composé de substance active hypersensible.

D'autre part, les ovules ne se forment pas dans l'ovaire, à la manière d'un produit de sécrétion dans une glande ;

déjà chez le fœtus, l'ovaire contient sous la forme de tout petits follicules de De Graaf, la plupart de ses ovules ; ceux-ci provenant de l'épithélium germinatif s'emmagentent seulement dans l'ovaire qui n'est donc que le réceptacle dans lequel ils achèvent leur évolution. Or le testicule est toujours le siège de multiplications cellulaires très actives, aboutissant à la formation de millions de spermatozoïdes. Ces éléments naissants sont plus sensibles aux causes altérations que des éléments déjà constitués.

ETUDE DES LESIONS TESTICULAIRES DUES A L'ALCOOLISME

On a voulu y trouver un support morphologique aux caractères pathologiques constatés chez les hérédo-alcooliques.

Il était trop difficile de s'adresser à la race humaine pour ces études histologiques. Il **aurait fallu faire systématiquement** des prélèvements d'organes chez des parents alcooliques décédés, et qui buvaient avant la naissance de leurs enfants, de telle sorte que l'hérédité alcoolique soit nettement prouvée. Or, il y a aussi d'autres obstacles presque insurmontables : la petite quantité des observations, la dispersion des individus, le faible nombre d'une descendance humaine

On s'est donc adressé à l'animal.

Il existe deux méthodes par lesquelles on peut examiner les détériorations faites à un épithélium germinal.

1. — On peut évaluer le nombre et la qualité de la postérité issue d'un épithélium germinal supposé altéré. Chez l'homme une expérimentation est impossible, tandis que chez l'animal elle donne de nombreux résultats.

2. — On peut comparer le nombre et la qualité des cellules (morphologie, viabilité, motilité) après exposition à un facteur quelconque extrinsèque, aux propriétés des mêmes cellules prises dans des conditions normales.

BOUIN et GARNIER, en 1900, examinèrent les testicules de deux rats blancs auxquels ils avaient administré journellement des doses progressivement croissantes d'alcool dilué, pendant 8 à 11 mois.

Ils concluent à une grande vulnérabilité de l'épithélium séminal à une intoxication prolongée par l'alcool éthylique.

Les cellules les plus différenciées sont les plus sensibles, elles régressent suivant l'ordre inverse de leur génèse.

Enfin, avant de dégénérer, certaines d'entre elles peuvent passer par une phase de vitalité non seulement ralentie mais dévoyée.

STOCKARD et CRAIG ne réussirent pas à trouver des changements importants dans les testicules et les ovaires de cochons d'Inde qui avaient été traités avec des vapeurs d'alcool. La structure était parfaitement normale.

ARLITT et WELLS en 1917 firent une étude histologique détaillée des testicules de 15 rats qui avaient reçu des doses de 0,25 à 2,25 cc. d'alcool éthylique par jour pendant un temps allant de 2 à 10 mois. Les changements observés dans les éléments séminaux paraissent avoir lieu dans un ordre défini inverse à celui de l'apparition des divers types de cellules.

Ces auteurs déclarèrent que les changements testiculaires trouvés étaient en accord avec les découvertes de l'autopsie chez les alcooliques humains. On examina aussi les

ovaires de femelles alcoolisées ; mais il fut impossible de faire un rapport positif sur les altérations attribuables à l'alcool.

KOSTITCH en 1922 faisait des expériences semblables.

Ses conclusions seules peuvent être réexposées ici : l'épithélium séminal est spécialement sensible à l'action de l'alcool. Ses cellules disparaissent dans l'ordre inverse de leur genèse. L'arrêt de la spermatogénèse réduit l'épithélium à la couche germinative dont la persistance rend possible une nouvelle régénération. La sensibilité de l'épithélium germinal à l'action de l'alcool est plus grande que celle des cellules hépatiques. Les lésions de l'épithélium germinal arrivent à un moment où les cellules hépatiques ne présentent rien d'anormal. Les lésions observées doivent être attribuées directement à l'action de l'alcool éthylique pur. A l'exception du fait d'être tuées, les cellules épithéliales germinales présentent des altérations dans leur évolution. Elles peuvent être arrêtées ou se développer d'une manière atypique amenant spécialement la formation de mitoses asymétriques avec une division inégale de chromosomes, processus où on peut trouver une explication des défauts morphologiques chez les enfants des alcooliques.

CRITIQUES ET CONCLUSIONS

Ces expériences très intéressantes appellent cependant des réserves. En effet, quelle valeur doit-on accorder à une expérimentation faite sur l'animal ? Ecartons d'abord comme non valables les résultats observés par l'injection intra veineuse d'alcool ; l'arrivée dans les veines d'un al-

cool forcément concentré détermine des phénomènes brutaux, liés surtout à une modification chimique du plasma. Quant à l'ingestion de petites doses quotidiennes soit de vin soit d'alcool à des animaux, elle est sujette à caution : l'expérience ne s'est guère prolongée plus d'un an et cela n'a rien de comparable à l'intoxication chronique d'individus qui boivent depuis une dizaine d'années.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons en tirer cependant des conclusions intéressantes.

Le testicule est un organe très sensible à l'alcool, plus sensible que ne l'est l'ovule.

L'épithélium germinatif est lésé avant la cellule hépatique. L'action toxique n'arrive cependant pas chez l'homme à produire une complète aspermatogénèse ; l'alcoolique garde la faculté de procréer.

Le rôle de l'alcoolisme dans l'hérédité s'explique par les altérations des cellules germinatives.

Ces altérations peuvent ne pas être reconnaissables morphologiquement et cependant être responsables d'une progéniture tarée.

2. LA SENSIBILISATION DU SYSTEME NERVEUX

LE ROLE DU VIN — IL APPARAÎT AUSSI NOCIF QUE L'ALCOOL

Nos observations nous ont montré que presque tous les malades présentés sont des buveurs de vin.

L'enquête a fourni à ce sujet des preuves évidentes.

Chez quelques-uns d'entre eux seulement, il y a l'action surajoutée des apéritifs.

La question de la nocivité du vin a soulevé bien des controverses, et l'accord n'est pas encore fait.

Le vin a trouvé des défenseurs et l'on connaît l'affirmation de REGIS qui avant guerre, écrivait : « Personnellement dans une région où l'absorption du vin dépasse de beaucoup pour certaines catégories d'ouvriers la dose permise, j'en suis encore à voir un alcoolique d'origine exclusivement vinique ». Le défendre, ajoute-t-il, « est une hérésie à la fois hygiénique et économique ».

D'autre part, les travaux de LEFEVRE et AUGUET ont établi la valeur bio-énergétique du vin rouge lorsqu'il est pris à dose modérée (environ 6 gr. par kilo) ; il produirait une action favorable sur les fonctions du foie, notamment l'oxydation du soufre, la désamination, l'élévation du coefficient azoturique ; il serait cholagogue et cholérétique (LOEPER).

Ces notions sont largement répandues dans les masses populaires, qui, par ailleurs, connaissent beaucoup moins « la dose permise ». On entend souvent le buveur donner l'excuse d'un travail pénible et l'on connaît la force de la croyance chez le travailleur, que le vin soutient les forces.

Il n'y a pas de dose permise ou de dose défendue, il y a une nocivité très variable pour chacun ; on n'a pas assez tenu compte des multiples facteurs qui composent *la susceptibilité individuelle*.

On nous basant seulement sur la constatation clinique nous pensons que le vin est presque aussi nocif que les liqueurs et les apéritifs. Prétendre que le vin n'est pas à l'origine de l'alcoolisme délirant et impulsif, c'est nier les constatations cliniques.

Nous connaissons de nombreux buveurs de vin et rien que de vin, qui ont été internés parce qu'ils présentaient des accès délirants graves. La faible teneur en alcool du vin est largement compensée par la quantité absorbée.

CHEZ L'HEREDO-ALCOOLIQUE, LA QUANTITE ABSORBEE
EST RELATIVEMENT FAIBLE. — PRECOCITE DES ACCIDENTS
DÉLIRANTS

Il existe des individus qui font des excès de boisson pendant des années ; certains boivent depuis 15 à 20 ans et ne présentent pas pendant longtemps de troubles mentaux aigus. Ils se vantent eux-mêmes de leur résistance et de fait, ils paraissent supporter assez bien l'alcool. L'enquête révèle des abus quotidiens et considérables, et cependant, ils ont été rarement ivres.

Ils sont internés lorsqu'à *la longue*, ils finissent par présenter des accès délirants aigus, ou bien des signes de démence alcoolique avec ou sans signes neurologiques.

A la différence de ces sujets, buveurs invétérés et résistants, les hérédo-alcooliques présentent des accès délirants.

précocement et pour des doses moyennes. Dans nos observations, nous relevons des cas où les troubles mentaux ont débuté à 17 ans, 19 ans, 22 ans, 25 ans... En général l'âge moyen est 35 ans. D'autre part, les doses absorbées, autant que les dires du malade et ceux de l'entourage ont permis de faire une moyenne, ne sont pas considérables. Chez aucun de nos malades nous ne trouvons les quantités que certains alcooliques absorbent.

Cette sensibilité du sujet à l'alcool a fait l'objet de plusieurs travaux ; des hypothèses ont été émises.

Pour TZANCK, il existerait une intolérance spéciale des centres nerveux avec abaissement du seuil réactogène.

SANTENOISE et VIDACOVITCH incriminent un état anormal du tonus neuro-végétatif « Les sujets sensibles à l'alcool, écrivent-ils, sont des vagotoniques, tandis que les sujets normalement hypovagotoniques sont assez résistants ». Ces auteurs présentent de nombreuses observations où ils étudient l'évolution de l'état neuro-végétatif, à l'aide du réflexe oculo-cardiaque. Cette étude montre comment l'organisme se défend contre le poison, par la diminution du tonus du vague. Sous cette influence il se produirait un ralentissement des échanges de la cellule nerveuse, donc une imprégnation moindre des poisons en circulation. Dès l'élimination du toxique, apparaît une excitabilité du vague qui croît rapidement en même temps que disparaissent les signes psychiques de la confusion mentale. Le tonus neuro-végétatif réapparaît tel qu'il était avant l'intoxication. Chez les hérédo-alcooliques, ces auteurs admettent une *dégénérescence neuro-végétative*.

Enfin, une dernière hypothèse, assez séduisante, ramène le facteur prédisposition et hérédité à une méioprachie héréditaire du système endocrino-végétatif avec *augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique*. Elle est basée sur les expériences de Mlles STERN et LOKSHINA. STERN a établi que dans les conditions normales le triage des cristalloïdes se fait essentiellement par les plexus choroïdes tandis que celui des colloïdes s'effectue au niveau des parois vasculaires. Certaines intoxications en altérant la barrière hémato-encéphalique, peuvent atteindre soit l'une, soit l'autre des parties constitutantes.

Mlles STERN et LOKSHINA ont voulu voir si l'état de la mère pendant la grossesse modifiait l'activité de la barrière hémato-encéphalique du fœtus et pouvait se répercuter sur le nouveau-né. Elles ont fait ingérer et ont injecté par voie intra-veineuse une solution d'alcool à 10 % à des lapines près du terme.

Puis en injectant un colloïde (rouge congo) aux nouveau-nés, elles ont retrouvé ce produit dans la masse nerveuse, alors que ce fait ne se produit jamais chez le sujet normal. D'autre part, un cristalloïde (iodure de Na) qui est vu régulièrement dans le liquide céphalo-rachidien n'a pu être décelé chez ces nouveau-nés. Des expériences faites chez l'adulte démontrent qu'après une intoxication alcoolique le Bi qui ne passe pas du sang dans le liquide céphalo-rachidien est retrouvé dans le liquide céphalo-rachidien et la masse nerveuse.

Il y aurait un *affaiblissement électif pour l'alcool*.

Quoiqu'il en soit, il y a une sensibilisation particulière,

une fragilité spéciale des centres nerveux chez les hérédo-alcooliques.

LES HEREDO-ALCOOLIKES DELIRENT FACILEMENT

POUR DES CAUSES PARFOIS MINIMES

L'intoxication parentale est telle qu'elle se traduit non seulement par des accidents d'hérédo-alcoolisme grave, mais surtout par l'apparition d'un phéno plus grave : une appétence instinctive, un désir morbide, irrésistible pour l'alcool. C'est ce qui explique qu'il est très difficile de découvrir des alcooliques purement héréditaires sans appoint personnel. Cependant LEONET (thèse Lyon 1926) nous en rapporte cinq cas. Dans les observations publiées l'alcoolisme héréditaire est absolument certain, tandis que l'appoint personnel est inexistant. Or, les 5 sujets ont présenté pour des causes futiles des zoopsies.

Si l'on écarte comme étant hors de sujet les zoopsies coçaïniques, et celles qui sont citées dans la chorée, on peut dire avec presque tous les auteurs que dans l'alcoolisme, les zoopsies sont très fréquentes ; quand elle existe et c'est presque toujours, la zoopsie est la marque significative de l'alcoolisme. Ce n'est pas le caractère onirique qui se voit dans tous les délires toxiques, ce n'est pas non plus le délire pantophobique, ou le rêve professionnel (je crois avoir fait justice de ce préjugé que le rêve ou le délire professionnel est pathognomonique d'une intoxication alcoolique : REGIS).

D'autre part, le D^r JACQUIN, de Bourg, avait émis l'opinion que l'alcoolisme des ascendants était dans certains cas fauteur de zoopsies chez leur progéniture (in thèse de LEONET).

Voici deux observations prises dans la thèse de LEONET et que nous avons résumées.

OBSERVATION VI

(D^r DEVIC)

B. H., 20 ans. Père grand alcoolique. Lui-même n'a jamais bu (a été en pension ou dans sa famille où il est très surveillé).

Hémoptysies il y a trois ans. Garde quelques signes aux sommets. Présente des zoopsies.

OBSERVATION VIII

(D^r BOURRAT)

Ch. M., jeune fille de 18 ans.

Son père présente l'aspect d'un grand alcoolique. Depuis trois semaines, troubles digestifs marqués, constipation opiniâtre, vomissements bilieux les derniers jours. L'accès confusionnel a été précédé de violentes migraines et a revêtu au début le type maniaque.

Au bout de deux mois, très améliorée, la malade raconte avoir eu des hallucinations visuelles et auditives : une vipère s'enroulait autour de son cou et de ses membres en sifflant. Elle met son agitation dont elle conserve un souvenir assez précis, sur le compte de la frayeur qu'elle a eu de ces hallucinations.

Reconnaît maintenant le caractère hallucinatoire du serpent.

Dans la deuxième observation, la cause est minime : une endo-intoxication d'origine intestinale.

Voici une observation d'un hérédo-alcoolique, non alcoolique qui présente un état confusionnel et de l'onirisme, déclanchés par une pneumonie.

V...

DIAGNOSTIC : *Delirium tremens déclanché par une pneumonie chez un alcoolique de la deuxième génération.*

A l'entrée, le 4 avril 1938, le malade est agité en proie à un délire hallucinatoire.

Il parle seul, rit de temps à autre, répond à côté des questions. L'auscultation : pneumonie de la base gauche. Il meurt au bout de 2 jours.

A l'autopsie : pneumonie base gauche avec forte réaction pleurale. On apprend que son père était éthylique.

Enfin, une dernière observation d'un hérédo-alcoolique sans appoint personnel.

Observation de MM. CARRAT et ROQUIGNY, médecins militaires. Il s'agit d'un *état confusionnel aigu transitoire avec hallucinations sensorielles et fugue, déclanché par une réaction sérique chez un hérédo-alcoolique.*

Av... a été incorporé en octobre dernier (1933). Il est âgé de 21 ans.

Le 17 décembre, il entre à l'hôpital pour une plaie contuse de la jambe par coup de pied de cheval. Cette plaie fut épluchée et suturée ; on fait une injection de sérum anti-tétanique. A son corps, le cavalier Av... est signalé comme bon soldat et discipliné.

Dès son arrivée à l'hôpital, son attitude nous avait surpris. Son mutisme et même une certaine hostilité à répondre aux questions posées nous avaient incité à faire une enquête. Les

voisins de lit racontaient qu'Av... était très agité, parlait seul, criait la nuit, se promenait dans la chambre, quittait son lit parce qu'il y voyait des fils de fer, ou bien le déplaçait parce que des poussières lui tombaient sur la tête. Quatre jours après son accident, le malade fit brusquement une poussée thermique à 40°, se plaignant de rachialgies et céphalées. L'examen somatique est négatif.

Le lendemain, la température était à 37° 6, mais le malade se plaignait toujours de rachialgies intenses. Dans la nuit et dans la matinée, par deux fois, il avait perdu ses matières dans son lit, alors même qu'il se levait pour uriner. Son agitation a grandi.

Le lendemain, vers 9 heures du soir, Av... quitta l'hôpital par la fenêtre et en franchissant deux barrières en treillis métalliques hautes de 2 mètres environ. Il fut arrêté à la porte du quartier de cavalerie, environ à 300 mètres de l'hôpital, en chemise, grelottant, absolument perdu.

Une demi-heure après, il était à nouveau parfaitement orienté et très inquiet des conséquences de sa fugue.

Le lendemain, malade très calme et parfaitement orienté. Av... est le fils d'un jardinier âgé de 58 ans, bien portant, mais cependant *éthylique invétéré*.

Il a une sœur et 4 frères. Un des garçons serait épileptique.

Il a uriné au lit jusqu'à 7 ans.

Il insiste sur le fait qu'il boit peu et ne s'est jamais battu.

La conscience de notre malade est nette. Il suit avec attention notre interrogatoire. Sa mémoire paraît intacte, sauf en ce qui concerne sa fugue et les événements de la journée précédente.

Pas de troubles de l'affectivité.

Dans les commentaires qui ont servi la présentation de ce cas, M. le professeur Fribourg-Blanc insiste sur l'importance d'un élément, d'ailleurs signalé par les auteurs : le terrain.

L'éthylisme invétéré du père, l'épilepsie du frère prouvent la fragilité des centres cérébraux du malade, et expliquent pourquoi une cause occasionnelle de minime importance a pu déclencher, chez lui, l'accès de confusion mentale aiguë avec phénomènes hallucinatoires sensoriels.

Chez ce malade l'intensité de l'accès confusionnel était disproportionnée à la cause provocatrice minime.

3. CONSIDERATIONS GENERALES

Nous n'avons pas la prétention d'aborder toutes les conséquences neuro-psychiatriques de l'alcoolisme des générateurs.

Il est certain que dans les antécédents héréditaires de bon nombre d'épileptiques on ne retrouve comme seul facteur de prédisposition que l'alcoolisme indiscutable du père.

D'autres sujets parfaitement sobres, précisément parce qu'ils avaient été frappés de la déchéance d'un ascendant alcoolique, ont souffert au cours de leur existence d'accidents névropathiques durables ou récidivants.

L'on trouverait certainement de nombreuses observations de ce genre, se rapportant à des femmes névropathes anxieuses. Mais du fait des circonstances et de la série d'observations qu'il nous a été donné de dépouiller au service des hommes, nous avons tenu à limiter notre sujet et à ne traiter que des accès délirants chez les alcooliques de la seconde génération.

LA DIPSOUMANIE

Nous n'envisagerons pas ce symptôme lorsqu'il se produit dans la phase d'excitation de la psychose périodique, l'épilepsie, la phase prodromique de la P. G. Nous n'aurons en vue que la *dipsomanie isolée*. Les auteurs sont en désaccord sur la pathogénie. Les uns, avec MAGNAN et SOUKHANOFF la considèrent comme une variété d'impulsion liée à la dégénérescence psychique héréditaire ou acquise.

D'autres, avec KRAEPELIN et ZIEHEN considèrent l'accès dipsomaniaque comme un équivalent comitial. Enfin, d'autres, avec KRAFFT-EBING voient dans la dipsomanie une espèce de folie périodique. En réalité toutes ces hypothèses sont justes parce que toutes les trois peuvent se rencontrer.

Cependant LEGRAIN incrimine peut-être avec raison l'*alcoolisme héréditaire* : « ce n'est pas en vain que le dégénéré impulsif fixe son choix sur l'alcool, quand il peut le fixer dans cent autres directions (homicide, suicide, vol, incendie...) »

En effet, peu à peu s'est établi un véritable *alcoolisme hérédo-constitutionnel*, selon l'expression de LEGRAIN.

Cette habitude de boire qu'on rencontre si fréquemment dans les masses populaires et qui remonte à des générations, a sensibilisé les individus et a créé un véritable besoin de s'alcooliser, entretenu du reste par certains individus dans des buts intéressés.

Les préjugés ne sont pas non plus près de détruire l'alcoolisme, on connaît la notion de l'action soi-disant

stimulante de l'alcool. On sait aussi que tout événement heureux doit « s'arroser » et que dans certaines campagnes électorales le vin est un argument auquel certains ne résistent pas.

* Avant de terminer, nous envisagerons rapidement le
POINT DE VUE SOCIAL.

Les sujets dont on a lu les observations sont descendants de buveurs qui n'ont pas présenté de troubles psychiques et dont aucun n'a été interné. Ce fait a un intérêt car il soulève le problème de la dégénérescence.

En effet, la question qui se pose à nous maintenant est de savoir si, quand l'alcoolisme a agi à une première génération pour produire des descendants psychiquement anormaux, ces derniers sont susceptibles, s'ils échappent à la même cause de modification, de produire des enfants revenant aux types normaux.

MOREL, dans sa théorie de la dégénérescence, insiste sur le caractère héréditaire des maladies et l'évolution progressive vers la déchéance. Dans la suite des générations, la gravité des maladies s'accroît, produisant finalement l'extinction de la famille tout entière.

D'autre part, des discussions ont eu lieu pour savoir si l'alcoolisme était *un effet* ou *une cause*.

Pour PEARSON, on devient alcoolique parce qu'on hérite d'un cerveau fragile et mal constitué. Si les fils d'alcooliques ont souvent une mentalité anormale, c'est qu'ils héritent d'une tournure d'esprit anormale.

Autrement dit, les fils d'alcooliques sont dégénérés, non parce que leurs pères ont été alcooliques, mais parce que

leurs ancêtres étaient aussi dégénérés, et par suite avaient tendance à boire.

D'après cette hypothèse, l'action sociale anti-alcoolique aurait une efficacité limitée.

Pour les classiques, au contraire, l'alcoolisme est la cause et non l'effet.

En faveur de cette hypothèse on a les données biologiques de l'hérédité, et des arguments démographiques tirés d'une enquête faite en Suède.

On sait que ce pays, au milieu du siècle dernier, a gravement souffert de l'alcoolisme. A la suite de sévères lois restrictives et d'un contrôle par l'Etat, on a assisté à un changement complet, et la race a repris un excellent état de santé.

CONCLUSIONS

I. Le fait que l'alcoolisme paternel soit responsable de tant de manifestations neuro-psychiatriques chez les descendants s'explique par la plus grande fréquence de l'intoxication masculine, mais aussi par une sensibilité particulière de l'épithélium séminal vis-à-vis de l'alcool, sensibilité plus grande que celle de l'ovule lui-même.

II. Sous l'influence de doses faibles de toxique, les hérédo-alcooliques font des accès délirants plus précoces et plus graves que les buveurs de la première génération. On observe chez eux, en grande fréquence, les fugues, les tentatives de suicide ou d'homicide, les internements.

Il est du reste classique d'affirmer qu'avec cette sensibilisation nerveuse, l'alcoolique lègue à sa descendance une appétence particulière pour la boisson.

Dans la très grande majorité des cas rapportés ci-dessus peut seule être mise en cause l'intoxication chronique par le vin rouge.

III. C'est très vraisemblablement parce que le cerveau de l'hérédo-alcoolique réagit au toxique de façon plus vive et plus sensible, que l'on observe chez lui peu de confu-

sions mentales simples, mais tant d'états délirants hallucinatoires. La première place, parmi ceux-ci, revient au délire alcoolique de persécution. Chez les héréd-alcooliques, ces délires ont tendance à se systématiser et à se prolonger, alors que chez l'alcoolique de la première génération, ils sont vagues et incohérents, en tout cas de courte durée.

Il semble aussi que l'héréd-alcoolique soit victime le plus souvent d'hallucinations auditives, au contraire de l'alcoolique normal sujet aux hallucinations visuelles et aux zoopsies.

IV. Chez certains alcooliques de la seconde génération, on n'observe pas de confusion mentale ni d'hallucinations, mais des réactions plus dangereuses au point de vue social : manifestations anxieuses avec tentative de suicide, crises de fureur violente avec impulsions pathologiques.

V. Les héréd-alcooliques restés sobres eux-mêmes font preuve d'une réelle fragilité mentale qui peut se traduire à l'occasion d'incidents minimes ou d'infections légères, par des accès confusionnels et hallucinatoires.

Le Président de la Thèse,
J. LÉPINE.

Vu :
Le Doyen,
J. LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer,
Lyon, le 4 mars 1939,
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- APERT. — L'hérédité morbide (Paris, 1920, Flammarion, édit.).
- ARLITT (A.-H.) et WELLS (H. G.). — The effect of alcohol on the reproductive tissues (*J. Experim. Med.*, 1917, 26, p. 769-778).
- BALLET (G.). — Psychoses alcooliques, in *Traité de Pathologie mentale*, p. 423, Paris, 1903 (Doin, édit.).
- BARBÉ (A.). — La psychose hallucinatoire tardive des alcooliques (*L'Encéphale*, 10 nov. 1912, p. 334-8).
- BAUMIER. — Recherches cliniques et expérimentales sur la teneur en alcool du liquide céphalo-rachidien (*Thèse* Paris, 1921).
- BENON (R.). — L'alcoolisme cérébral (Paris, 1924, G. Doin, éditeur).
- Le syndrome onirique pur (*Bull. méd.*, 1927, 9-12 déc., n° 46).
- La confusion mentale alcoolique (*Gaz. méd. du Centre*, 15 juillet 1930).
- Alcoolisme et pathologie mentale (Paris, 1936, M. Vigné, éditeur).
- BOIN (P.) et GARNIER (C.). — Altérations du tube séminifère au cours de l'alcoolisme expérimental chez le rat blanc (*C. R. Soc. de Biologie*, Paris, 1900, 52, p. 23-25).
- BOVEN (W.). — L'hérédité en psychiatrie (*L'Encéphale*, déc. 1924, p. 635).

- CARRAT et ROQUIGNY. — Etat confusionnel aigu transitoire avec hallucinations sensorielles et fugue, déclanché par une réaction sérique chez un hérédo-alcoolique (*Soc de méd. milit. franç.*, mars 1934, p. 43-46).
- CEILLIER (A.). — Un cas de dipsomanie ; essai d'explication pathogénique (*J. psychol. norm. et pathol.*, Paris, 1925, 22, annexe, p. 39-44).
- CHARPENTIER (R.). — Contribution à l'étude des délires toxico-infectieux ; l'onirisme hallucinatoire ; ses rapports avec la confusion mentale (*Revue Neurolog.*, n° 10, oct. 1919).
- DUPRÉ et CHARPENTIER. — Les ivresses délirantes transitoires (*Encéphale*, 1906, p. 27).
- FOREL (A.). — L'hérédité alcoolique (*Schweiz. med. Wschr.*, 1925, 55, 873).
- GUYÉNOT (E.). — L'hérédité (*Encycl. scientif. Dr Toulouse*, Doin, édit.).
- GYLLENSWÄRD (C.). — Contribution to the question on the effect of alcohol on heredity (Uppsala, Stockholm, 1929).
- IVANOV. — Action de l'alcool sur les spermatozoïdes des mammifères (*C. R. Soc. de Biol.*, Paris, 1913, p. 480).
- JASPERS (K.). — Psychopathologie générale (traduit d'après la 3^e édit. allemande, par Kastler et Mendousse, Paris, 1928, Alcan, édit.).
- KOSTITCH (Alex.). — Sur la dissociation de la glande séminale et de la glande interstitielle déterminée par l'alcoolisme expérimental ; stérilité sans impuissance (*C. R. Soc. Biol.*, Paris, 1921, 84, p. 569-571).
- L'azione dell'alcool sopra le cellule seminali (*Med. nuova*, 1932, 23, p. 3-27).

- KOSTITCH (Mad.). — Contribution à l'étude expérimentale du passage de l'alcool ingéré dans les principaux tissus (*Thèse Médecine*, Strasbourg, 1921).
- LAIGNEL-LAVASTINE, A. BARBÉ et DELMAS. — La Pratique Psychiatrique, p. 342 et suiv., Paris, 1919, J.-B. Baillière, édit.
- LAIGNEL-LAVASTINE et NOGUÈS (G.). — Dipsomanie avec épilepsie par l'héréd-alcoolisme ; présentation de malade (*Ann. medico-psychol.*, Paris, 1918, 10, S., 10 : 102-10).
- LEGRAIN. — Criminalité des toxicomanes (*Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, 1923). — Folie, crime et alcool (*Ann. médico-psycholog.*, 1921, p. 385). — Hérité et alcoolisme (Paris, 1889, Doin, édit.).
- LÉONET (A.). — Etude sur les zoopsies (*Thèse* Lyon, 1926).
- LEY et CHARPENTIER. — Alcoolisme et criminalité (*Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Bruxelles, 1910).
- LOGRE (J.-B.). — Psycho-physiologie, in *Traité de Physiologie normale et pathologique*, Tome x, fasc. I, p. 13-19, Masson, édit., Paris, 1935.
- LOKSHINA (E. S.). — Effect of alcohol poisoning on the hemato-encephalic barrier (*Méd. Biol. J.*, Leningrad, 1929, 5, p. 126-136).
- MAGNAN (V.). — De l'alcoolisme (Paris, 1874, Delahaye, édit.).
- MARINESCO (G.). — La cellule nerveuse, tome II, p. 309, Paris, 1909, Doin, édit.
- MAUZÉ (J.). — Les chromosomes et l'hérédité (*La Biologie médicale*, fév. 1938, p. 105-128).
- MIGNOT (R.). — L'alcoolomanie (*Bull. méd.*, Paris, 1924, 38, 1188).
- MONAKOV (C. V.) et MOURGUE (R.). — La barrière ecto-mésodermique, in *Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psychopathologie* (Paris, 1928, Alcan, édit.).

MONIN (E.). — L'alcoolisme, Paris, 1889 (Doin, éditeur).

NICLOUX (M.), E. LE BRETON et A. DONTCHEFF. — Microdosage dans le sang et les tissus, de quantité d'alcool éthylique comprises entre 0,1 mgr. et 0,5 mgr. (*Bull. Soc. Chim. biol.*, Paris, 1934, 16, 1.314-32).

POROT. — Les syndromes mentaux. Alcoolisme, p. 145, Paris, 1928 (Doin, édit).

QUERCY (P.). — Les hallucinations toxi-infectieuses, in *L'Hallucination*, t. II, p. 336 et suiv., Paris, 1930 (Alcan, éditeur).

RAMOND (L.). — Delirium tremens (*Monde médical*, 1^{er} nov. 1926, Paris).

RÉGIS. — Le délire onirique des intoxications et des infections (*Lecture faite à l'Acad. Méd.*, séance 7 mai 1901).

— Précis de Psychiatrie, Paris, 1923 (Doin, édit).

SANTENOISE et VIDACOVITCH. — Contribution physiologique à l'étude des psychoses d'intoxication (*Ann. médico-psychol.*, juillet, 1925, t. II, p. 133).

SCHAEFFER (G.) et Eliane LE BRETON. — L'alcool n'est pas utilisé pour le travail musculaire (*Biologie médic.*, mai 1937).

STERN. — La barrière hémato-encéphalique dans les conditions normales et pathologiques (*Arch. Suisses de Neur. et Psych.*, XIII, 1923, p. 604).

STERN (L.) et E. LOKSHINA. — La résistance de la barrière hémato-encéphalique vis-à-vis des colloïdes et des cristalloïdes chez les nouveaux-nés empoisonnés par l'alcool (*C. R. Soc. Biol.*, Paris, 23 juill. 1927).

— Influence de l'empoisonnement chronique par l'alcool sur la résistance de la barrière hémato-encéphalique (*C. R. Soc. Biol.*, Paris, 16 févr. 1929).

STOCKARD (C. R.). — The influence of alcohol and other-
anaesthetics on embryonic development (*Am. J. Anat.*,
Philadelphie, U. S. A.), 1910, 10, p. 369). — The effect
on the offspring of intoxicating the male parent and
the transmission of the defects to subsequent genera-
tions (*The Am. naturalist*, New-York, 1913, 47, 641).

TRIBOULET, MATHIEU et MIGNOT. — Traité de l'alcoolisme,
Paris, 1905 (Masson, édit.).

WEEKS (C. C.). — The experimental modification of germ
cells (*Brit. J. Inebr.*, 1921-22, 19, 62-69).

WELLER (Carl V.). — Degenerative changes in male germinal
epithelium in acute alcoholism and their possible rela-
tionship to blastophthoria (*Am. J. of Pathol.*, janv. 1930,
p. 1-18).

ZANETTI (F.). — Inebriety in women and its influence on child
life (*Brit. J. Inebr.*, 1903-4, 1, 47-57).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — <i>Action de l'alcool sur le système</i>	
<i>nerveux</i>	13
1. Devenir de l'alcool dans l'organisme.....	13
2. Répartition de l'alcool dans l'organisme.....	14
3. Alcool et système nerveux.....	15
4. La réaction psychique.....	17
CHAP. II. — <i>Exposé des observations</i>	25
L'ivresse des héréd-alcooliques.....	26
Les accès délirants des héréd-alcooliques.....	28
I. La confusion mentale.....	28
II. Le délire hallucinatoire alcoolique.....	41
Les manifestations anxieuses.....	53
La fureur alcoolique.....	55
CHAP. III. — I. Le problème de l'hérédité alcoolique.	61
II. La sensibilisation du système nerveux	67
III. Considérations générales.....	75
CONCLUSIONS	79
BIBLIOGRAPHIE	81

